53

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Ange MOISAN

Né à Lanouée (Morbihan), le 5 janvier 1885
Ancien externe des Hôpitaux de Lille
Lauréat des Hôpitaux (Prix d'Externat, 1908)

ÉTUDE CLINIQUE

DES

Crises entéralgiques du Tabes

Président : M. J. DÉJERINE, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, GILBERT, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MES FRÈRES ET SŒUR

Témoignage de reconnaissance
et de tendre affection.

A MES TANTES

MEIS ET AMICIS

A. Moisan

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGIER

Doyen de la Faculté libre de Lille

A MONSIEUR LE DOCTEUR LŒPER

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DÉJERINE

Professeur de clinique des maladies du système nerveux
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'hôpital de la Salpêtrière
Chevalier de la Légion d'honneur.

ÉTUDE CLINIQUE

DES

Crises entéralgiques du Tabes

PRÉFACE

Avant d'entreprendre ce modeste travail qui clôture notre vie d'étudiant, nous ressentons une véritable satisfaction de pouvoir témoigner notre reconnaissance à tous ceux qui, de près ou de loin, se sont intéressés à nous pendant tout le cours de nos études.

Notre première pensée sera pour nos chers morts qui nous ont quitté pour un monde meilleur. Les quelques années qui se sont écoulées depuis la cruelle séparation n'ont rendu que plus vivace le bel exemple de travail et de dévouement que fut toute leur vie. Aussi nous ne saurions rendre un meilleur hommage à leur mémoire qu'en les suivant sur le chemin du devoir, de l'honneur et de la vertu qu'ils nous ont tracé.

Nous sommes heureux de pouvoir dire ici à nos frères et sœur notre vive gratitude pour la grande et douce affection, la constante sollicitude, le profond

dévouement qu'ils nous ont toujours témoignés ; qu'ils soient persuadés qu'ils nous sont aujourd'hui plus chers que jamais. Nous espérons les dédommager bientôt de l'appui matériel et moral qu'ils n'ont cessé de nous prêter ; et nous ferons tout pour que subsistent et même deviennent plus intimes les doux liens qui nous unissent tous.

Nos tantes nous ont toujours prodigué leur dévouement et aidé de leurs précieux conseils : nous leur adressons nos plus sincères remerciements.

Nous tenons aussi à assurer de notre profonde gratitude tous les maîtres qui ont contribué à notre formation intellectuelle ; nous aurons un souvenir particulier pour nos professeurs de l'ancien pensionnat de Josselin qui nous ont, les premiers, donné le goût du travail, pour nos professeurs du collège des Carmes, enfin pour nos professeurs de la Faculté libre de médecine et nos maîtres dans les hôpitaux à Lille et à Paris ; nous avons trouvé auprès de tous la même bienveillance et les mêmes conseils, nous leur en gardons à tous une vive reconnaissance.

Nous remercions spécialement M. le professeur Augier qui s'est particulièrement intéressé à nous et a bien voulu nous communiquer une observation à l'appui de notre thèse.

M. le professeur agrégé Lœper, médecin de l'hôpital Boucicaut, nous a suggéré l'idée de cette thèse, il nous a aidé de ces judicieux conseils ; nous avons toujours trouvé auprès de lui un accueil vraiment sympathique, nous sommes heureux de lui renou-

veler ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A tous nos amis, à ceux surtout qui ont contribué à nous rendre la vie d'étudiant agréable et plus spécialement encore à ceux qui nous ont fait le plaisir d'être les confidents de nos joies et de nos chagrins et en qui nous avons trouvé un écho à nos sentiments, à nos aspirations, nous adressons un souvenir ému et l'assurance d'une inaltérable amitié.

M. le professeur Déjerine voudra bien agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

M. le professeur Grasset dans un article récemment paru dans *le Journal médical français* appelait le tabes *une maladie de la sensibilité profonde.* Il est certain, en effet, que dans chaque cas de tabes, que le tableau symptomatique soit complet ou qu'il soit fruste, les troubles de la sensibilité profonde existent toujours et occupent une place prépondérante dans la description de cette maladie. Parmi ces troubles de la sensibilité profonde, il faut citer comme des plus importants les crises viscérales. Les premières connues de celles-ci, les mieux étudiées, les mieux décrites sont assurément les crises gastriques avec leur triade symptomatique : *douleur paroxystique*, *vomissements*, *modifications de l'état général.*

Mais nous trouvons aussi dans l'étude des crises viscérales tabétiques un genre de crises beaucoup moins fréquentes il est vrai que les crises gastriques mais aussi très souvent méconnues, à peine signalées des auteurs et très peu étudiées, ce sont les *crises intestinales* ou *entéralgiques du tabes.* M. le professeur agrégé Lœper dans un travail paru dans *la Semaine*

médicale du 7 avril 1909 en a, le premier, fait une description détaillée, et les a classées en trois catégories nettement distinctes : *crise entéralgique simple*, *crise cholériforme*, *crise entéritique*.

Il nous a conseillé de reprendre la question et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Par suite du très petit nombre d'observations publiées, nous nous sommes efforcés, suivant les indications de M. Lœper, de chercher des cas nouveaux. Nous avons parcouru un certain nombre d'hôpitaux de Paris et de province, et interrogé pas mal de malades tabétiques ; l'hôpital de la Salpêtrière a été surtout le théâtre de nos recherches, MM. les professeurs Déjerine et Pierre Marie ont eu l'extrême obligeance de nous faciliter l'accès auprès des nombreux malades tabétiques de leurs services respectifs, nous les en remercions vivement.

Nous n'avons pas à regretter nos efforts puisque nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations qui, jointes à celles que M. Lœper a bien voulu nous communiquer, facilitent l'étude et la description des crises entéralgiques.

Nous nous sommes largement inspiré pour la rédaction de notre thèse de l'article de M. Lœper sur la question. et notre seul mérite sera d'avoir pu recueillir et d'avoir publié un faisceau d'observations qui sont plutôt rares, et d'avoir contribué pour une faible part à l'étude des crises entéralgiques du tabes, étude qui n'avait pas encore été entreprise d'une façon spéciale.

Outre l'intérêt que présente la question par elle-même, la connaissance exacte des diverses sortes de crises intestinales est très importante en raison des nombreuses erreurs de diagnostic qui peuvent aisément se commettre, erreurs qui, comme nous le verrons plus loin, peuvent être très fâcheuses et aggraver l'état du malade si le diagnostic erroné est suivi d'une sanction chirurgicale.

Après avoir brièvement rapporté ce que les auteurs ont écrit sur les crises intestinales, nous commencerons immédiatement la description clinique de chaque forme de crises ; ce chapitre évidemment comprendra une grande partie de notre travail. L'étude de chaque catégorie sera précédée des observations qui s'y rapportent et suivie de quelques commentaires ; nous terminerons par une description générale de la crise entéralgique, description qui sera en fait comme un résumé de chaque forme de crise. Le troisième chapitre sera consacré à l'étude des symptômes secondaires, mais dont quelques-uns sont très importants et constants, qui accompagnent la crise intestinale. Dans le quatrième nous nous occuperons du diagnostic différentiel, et nous dirons quelques mots des erreurs chirurgicales commises trop souvent. Les divers essais pathogéniques et les quelques lésions histologiques du sympathique digestif et de la muqueuse intestinale seront l'objet du cinquième chapitre. Enfin le sixième et dernier chapitre sera consacré à une revue générale des traitements médicaux et chirurgicaux qu'on a tenté d'opposer aux crises entéralgiques.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Depuis longtemps certains troubles fonctionnels très accusés de l'intestin tabétique ont été étudiés par les auteurs ; ils nous ont décrit surtout la constipation opiniâtre et les crises diarrhéiques, mais nulle part on ne trouve une description exacte, précise, spéciale des crises intestinales et de leurs diverses formes.

Le plus souvent, d'après les travaux que nous avons consultés, elles ont échappé à l'œil avisé de beaucoup de cliniciens ; cependant dans les écrits, dans les observations de malades tabétiques, on retrouve certains symptômes qui manifestement se rattachent à la présence chez ces malades de crises entéralgiques, mais elles n'ont pas été décrites comme telles. Toutefois les grands neurologistes du dernier siècle n'ont pas été sans les avoir observées ; ainsi, dès 1862, Charcot et Vulpian dans un compte rendu de la Société de Biologie de Paris rapportent l'observation d'une malade tabétique qui présenta une diarrhée incoercible avec douleur fixe dans le

flanc droit, mais ils ne s'étendent ni sur la forme ni sur la variabilité des douleurs. Mais la présence de crampes abdominales et de diarrhée profuse chez cette tabétique suffit pour affirmer qu'il s'agissait en l'espèce d'une crise cholériforme.

Quelques années plus tard, Vulpian, dans ses *Leçons sur les maladies de la moelle*, parle de l'existence de crises intestinales qui coexistent d'après lui le plus ordinairement avec les crises gastriques. Il cite l'observation de quelques malades tabétiques qui présentaient des crises douloureuses intestinales avec diarrhée. Il semble n'avoir observé que la crise cholériforme qu'il décrit assez bien d'ailleurs ; la diarrhée serait selon lui nécessairement liée à la crise.

En 1872, Duchenne (de Boulogne) donne une description assez exacte de la crise intestinale à forme entéritique avec expulsion de muco-membranes.

D'autres auteurs les ont également signalées dans leurs écrits, mais sans leur consacrer un chapitre spécial ni les classer ; ce sont MM. Fournier, Mathieu, Roger, Forster, Ewald, Brammell, Collins, etc. M. Roger, en 1884, dans un travail sur les troubles intestinaux dans l'ataxie locomotrice progressive fait la distinction entre l'entérorrhée tabétique et la crise intestinale avec diarrhée ; il ajoute que cette dernière peut être suivie de mort rappelant le cas de Vulpian.

M. Pâl, dans son livre sur les crises vasculaires, consacre un long chapitre aux crises tabétiques dont

la cause serait due d'après lui à des processus vaso-moteurs ; il cite quelques observations qui se rattachent manifestement à des crises intestinales, mais tout en les distinguant des crises gastriques il ne les appelle pas ainsi, ce sont, dit-il, des crises abdominales.

M. Brammwel dans une étude statistique de 203 cas de tabes, M. Collins dans une autre de 140, parlent incidemment des crises intestinales qu'ils divisent en isolées ou associées à d'autres crises viscérales.

Il faut donc arriver au travail de M. Lœper pour avoir une étude détaillée des crises entéralgiques ; il les a classées en trois catégories nettement distinctes : *la crise entéralgique simple*, *la crise choléri forme*, et *la crise entéritique*.

Nous avons adopté pour notre travail cette classification que les diverses observations que nous allons publier démontrent exacte.

CHAPITRE II

DESCRIPTION CLINIQUE DE LA CRISE ENTÉRALGIQUE

La crise entéralgique du tabes est constituée essentiellement, comme la crise gastrique d'ailleurs, par une douleur abdominale violente et des troubles fonctionnels et généraux plus ou moins accusés. La douleur, comme toute douleur tabétique, est extrêmement pénible, à début brusque, de durée variable, à disparition soudaine ; elle siège dans un point quelconque de l'abdomen, s'irradie dans divers sens et fait éprouver au malade diverses sensations de torsion, d'écrasement, d'arrachement.

Les troubles fonctionnels sont constitués suivant la forme de crise, soit par une constipation opiniâtre, soit par une diarrhée incoercible, soit enfin par des selles entéritiques, muco-membraneuses, avec glaires, ou écoulements sanguinolents.

Enfin, outre ces symptômes cardinaux, la crise intestinale s'accompagne aussi de tout un cortège de symptômes secondaires, variables, dont quelques-uns comme les troubles circulatoires et les troubles de la sensibilité sont très importants.

Ces crises entéralgiques localisées à la masse abdominale, nous les classerons, d'après M. Lœper, en trois catégories différentes : la *crise entéralgique simple*, la *crise cholériforme*, la *crise entéritique*.

Nous dirons aussi quelques mots de certaines crises intestinales qui par leurs caractères de très courte durée (*crises fulgurantes intestinales*) ou de chronicité (*crises douloureuses prolongées*) diffèrent quelque peu des trois formes précédentes et méritent, croyons-nous, une description spéciale.

Avant de décrire en détail chaque crise en particulier, nous avons pensé que pour l'intelligence du travail, il était préférable de faire connaître, tout d'abord, les faits sur lesquels nous nous appuyons pour en donner une description ; aussi nous commencerons l'étude de chaque forme de crise par l'exposé des observations qui s'y rapportent. De cette façon nous n'aurons qu'à énumérer les divers symptômes contenus dans l'ensemble des observations.

Crise entéralgique simple

OBSERVATION I

(Extraite de l'article de M. Lœper dans *la Semaine médicale* de mars 1909.)

Une femme de cinquante-deux ans vint nous consulter à l'hôpital pour des crises abdominales très particulières.

Elle avait ressenti, au mois de septembre, à son réveil, une douleur atroce dans la fosse iliaque droite, qui irradia bientôt vers la région ombilicale, l'hypocondre et le flanc gauche, en donnant une sensation extrêmement pénible d'écrasement.

Elle eut en outre quelques nausées mais non des vomissements véritables, une constipation telle qu'elle ne put émettre ni matières, ni gaz malgré tous les moyens employés, et une anurie presque complète. Le ventre, pourtant, n'était nullement ballonné, mais rétracté et d'une dureté presque ligneuse.

Cet état dura cinq ou six heures et cessa brusquement vers le soir.

Au mois de janvier survint une nouvelle crise analogue à la première : douleurs abdominales à droite, irradiations ombilicales, constipation opiniâtre, oligurie ; rétraction abdominale, absence de fièvre, de vomissements et même de nausées. Les douleurs cessèrent brusquement au bout de huit heures ; l'oligurie dura une journée entière ; la constipation fut plus tenace et persista trois jours, après lesquels survint une débâcle intestinale de matières dures, pâles, mélangées à une petite quantité de sueurs et noyées dans un flux de diarrhée bilieuse, très abondante. L'examen des selles fut pratiqué, il ne révéla rien de spécial.

Depuis ces accidents la malade a présenté à plusieurs reprises des crises de diarrhée incoercible, mais sans douleur abdominale.

On l'eût prise pour une simple entéritique, si l'examen des yeux n'avait révélé l'existence d'un myosis et du signe d'Argyll Robertson ; l'examen des réflexes, le signe de Westphal ; si l'on n'avait constaté une certaine incoordination et

si elle n'avait, en outre, signalé des douleurs fulgurantes et pseudo-rhumatismales des membres inférieurs. en un mot, si elle n'avait présenté des signes de tabes indéniable. Aussi, bien qu'on n'eût pas fait de ponction lombaire, était-il naturel de rapporter à l'affection médullaire les crises intestinales qui venaient de se produire.

OBSERVATION II

(Extraite de l'article de M. Lœper dans *la Semaine médicale*, de mars 1909, communiquée à M. Lœper par M. Main.)

Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans, syphilitique depuis dix ans, tabétique depuis cinq ans, souffrant de douleurs fulgurantes, présentant les trois signes cardinaux de Westphal, d'Argyll Robertson et de Romberg, qui fut pris subitement, il y a deux ans, à Cannes, et à deux reprises différentes, d'une crise extrêmement brutale et dramatique. Le matin, de bonne heure, apparut dans le côté gauche du ventre une douleur violente, angoissante, avec impossibilité d'émettre des gaz, sueurs froides, tendances syncopales, douleur qui irradiait dans tout l'abdomen et surtout dans la région péri-ombilicale et qui persista seize heures. On pensa à l'appendicite, à la colique néphrétique, à la péritonite. Le ventre était rétracté mais non douloureux à la pression ; bien au contraire, la paroi était à peu près insensible depuis les sixièmes ou septièmes côtes jusqu'à la symphyse pubienne. La morphine finit par avoir raison de cette crise

qui se termina par une abondante émission de gaz et par de la polyurie.

L'abdomen redevint souple, et le lendemain, le malade, quoique fatigué, reprit sa vie habituelle. Depuis lors il a présenté à plusieurs reprises du ténesme rectal et des périodes de constipation avec émission de quelques mucosités sanguinolentes.

Nous avons relevé dans quelques observations contenues dans une thèse de M. Putnam quelques symptômes qui indiquent qu'il s'agissait de crises intestinales, nous les notons ci-après très résumées.

OBSERVATION III (Résumée)

(Extraite de la thèse de M. Putnam, observation empruntée à la thèse de Dubois et communiquée par Duchenne (de Boulogne.)

M. X..., Conseiller d'État, russe, âgé de quarante-neuf ans, atteint depuis 1859 d'ataxie locomotrice ; il présentait des douleurs lancinantes dans le voisinage des articulations, survenant par crises..... Souvent aussi *apparaissaient des douleurs abdominales profondes*, avec un caractère lancinant, et *accompagnées d'une constipation opiniâtre;* elles étaient suivies de sensations singulières surtout dans le flanc droit : ainsi il semblait au malade qu'il existait un vide entre l'articulation de la hanche et la base du thorax, et que s'il se mettait debout, le membre inférieur s'enfonçait dans le tronc. Tant que duraient ces sensations qui se prolongeaient

quelquefois plus de quinze jours, il existait un ballonnement du ventre, et la crise se terminait par une expulsion de gaz et une diarrhée abondante...

OBSERVATION IV (Résumée)

(Extraite du Livre de M. Pâl sur les crises vasculaires.)

Tabes dorsal au début. — Syphilis. — Crises vasculaires abdominales intenses avec et sans vomissements. — Crises d'éclampsie.

Mlle Rosinne, vingt-neuf ans, couturière, fit de nombreux séjours à l'hôpital. Premier séjour du 22 septembre 1902 au 29 janvier 1903.

A dix-sept ans, elle contracta la syphilis, fut soignée par des frictions à la clinique de Neumann. Depuis, aucun traitement antisyphilitique n'a été institué. De dix-huit à vingt-deux ans, violents accès de migraine. C'est au début de 1901 que l'affection actuelle a commencé par des *coliques* qui s'irradiaient dans la région du foie, dans la région stomacale et sacrée.

Les douleurs paraissent être survenues avant les règles. Il y a un an et demi, à la suite d'un semblable accès de coliques et d'une vive émotion, éclate pour la première fois une grande crise avec perte de connaissance, écume à la bouche, convulsions. Six semaines plus tard, deuxième accès identique ; pendant l'année 1902 la malade eut environ 20 crises semblables *avec douleurs dans le ventre*, accompagnées ou non de vomissements, sans perte de connaissance.

Les crises *débutent* par *de violentes douleurs dans le ventre*, puis apparaissent des douleurs gastriques. Au moment des douleurs il y a du pyrosis et une *constipation sévère*.

Depuis deux mois, elle a eu de semblables accès tous les jours.

A l'examen, pupilles inégales et ne réagissant pas à la lumière ; hypoalgésie d'une grande partie du corps, hypéralgésie aux points d'émergence des nerfs lombaires et sur leur territoire de distribution. Les reflexes rotulien, achilleen et du gros orteil manquent, le Romberg est positif.

29 septembre. — Les crises ne sont séparées que par de courts intervalles. La malade les décrit de la façon suivante : *de violentes douleurs apparaissent dans le ventre* avec une sensation de brûlure dans la région de l'estomac, mais le vomissement n'est provoqué que par le chatouillement du pharynx.

Ces crises sont souvent accompagnées de convulsions toniques et cloniques des extrèmités.

La malade est au moment des crises *absolument constipée*.

. . . . . .

10 octobre et jours suivants. — Série de *crises douloureuses avec constipation invincible, rétention d'urine, douleurs dans la région hypogastrique*.

. . . . . .

7 juillet. — L'abdomen, particulièrement dans l'hypogastre et à gauche est très sensible. On sent pendant les accès battre l'aorte thoracique d'une manière nette.

On essaie successivement le Rhodan, l'Iodipine en solution à 25 o/o, l'eumydrine, le nitrite de soude qui semble donner des résultats.

13 juillet de l'année suivante. — Apparitions de nouvelles crises dans lesquelles la malade accuse les plus violentes douleurs dans le bas-ventre, au-dessus de la symphyse, tandis que les douleurs épigastriques sont à l'arrière-plan Elle se plaint aussi de douleurs dans l'émission des urines et la défécation.

. . . . . .

17 juin 1903. — Violente crise, pouls 120. Tension 190 millimètres. Il est à remarquer que la malade, dans les journées exemptes de crises n'eut jamais de presion artérielle au-dessous de 110 millimètres. La sensibilité profonde de l'épigastre disparut presque entièrement, tandis qu'elle persistait encore à l'hypogastre à droite et à gauche.

Cinquième séjour à l'hôpital. — Les *crises sont mieux supportées ;* les points douloureux hypogastriques n'existent que pendant les crises et sont *beaucoup moins sensibles qu'autrefois.* Ces dernières se manifestent toujours par une augmentation de la pression artérielle et par une accélération du pouls.

Cette observation de M. Pâl, très longue et très détaillée, surtout en ce qui concerne les modifications de la pression artérielle, est très intéressante. Il est à remarquer d'abord que les crises sont survenues à la période préataxique ; puis, comme autres particularités intéressantes, nous trouvons : les vertiges, la perte de connaissance, les convulsions accompagnant au début les crises. « Aussi, ajoute M. Pâl, n'ayant pas observé pendant son premier séjour à l'hôpital ces crises avec troubles cérébraux, je ne me

les expliquais pas et les considérais en partie comme des phénomènes de nature hystérique. L'entourage de la malade attribuait une grande importance aux crises terribles s'accompagnant de perte de connaissance et de convulsions généralisées. Ces crises avaient un caractère éclamptique marqué. Les anamnestiques comme aussi l'observation ont prouvé que ces états ne survenaient jamais spontanément, mais ils étaient *constamment associés à une crise abdominale*. Je puis reconstituer les crises de ma malade d'après ses descriptions personnelles de la façon suivante : elles débutaient par des douleurs violentes diffuses dans l'hypogastre, particulièrement à gauche et dans l'épigastre. Ce *n'est que plus tard qu'apparaissait une tendance aux nausées ; rarement survinrent les vomissements...* Les douleurs étaient atroces, la malade se tordait, prenait des positions grotesques, elle criait, hurlait et se retournait sur son lit pour se soulager. Pendant toute la durée de ces accès, elle était *tout à fait constipée ;* les dépuratifs n'étaient d'aucune efficacité. » C'est là la description typique de la crise entéralgique simple, aussi M. Pâl la dénomme crise abdominale, mais la sépare des crises gastriques ; sa place est, a n'en pas douter, parmi les crises intestinales.

OBSERVATION V

(Extraite du livre de M. Pâl sur les crises vasculaires.)

Tabes dorsal. — Syphilis. — Crises abdominales. — Morphinisme

M. Jean, trente-trois ans, veuf, serrurier, fit un séjour dans le service, du 2 au 19 novembre 1904. A l'âge de dix-huit ans, contracte la syphilis, on lui fit alors 60 frictions et 15 injections. Il y a six mois *il ressentit de violentes douleurs dans le ventre*, suivies de vomissements, phénomènes qui depuis lors survinrent tous les mois pendant sept à huit jours.

Depuis deux ans douleurs dans les jambes. Le malade a parfois une sensation de constriction très pénible ; à l'hôpital Lemberg, on lui fit jusqu'à 14 injections de morphine par jour.

État actuel : moyennement vigoureux, intelligence saine ; pupilles rétrécies, accommodation normale ; absences des réflexes patellaires et achilléens et du gros orteil ; ataxie assez prononcée. Pas de troubles de la sensibilité en dehors des crises.

La crise consiste en de violentes douleurs dans le ventre, avec sensation d'étouffement, et plus tard vomissements. En même temps *hypéralgésie de la peau de l'abdomen*, depuis les rebords des côtes jusqu'a la symphyse ; sensibilité à la pression. Ces crises débutent par un froid glacial aux pieds et s'accompagnent d'une augmentation de pression. En outre le malade accuse de vives douleurs dans tout le corps,

même dans le ventre sans signes objectifs, Pas d'hypéralgésie, pas de tendance aux vomissements.

Malgré la présence de vomissements, il est certain qu'il s'agit encore dans cette observation de crise intestinale, car les vomissements absents quelquefois ne faisaient que suivre la douleur et ne constituaient qu'un phénomène accessoire, surajouté.

OBSERVATION VI (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. Augier, professeur de la Faculté libre de médecine de Lille).

Tabes fruste. — Crises entéralgiques associées à des crises rectales et gastriques

M. X... ingénieur, vingt-neuf ans.

Depuis deux ans environ, a présenté plusieurs fois par an des crises douloureuses abdominales d'intensité variable. Ces crises débutent par des coliques d'emblée très vives, dont le maximum se localise au voisinage ou au-dessous de l'ombllic.

L'apparition de ces crises est brusque, se produit quelquefois dans la journée, en voyage, mais le plus souvent le début a lieu au milieu de la nuit sans que l'on puisse incriminer un accès d'alimentalion la veille. Le malade est alors brusquement éveillé par des coliques dont l'intensité va croissant, qui peut devenir telle que le malade et pris d'une agitation extrême, pousse des cris et demande qu'on le soulage à tout prix.

L'évolution de la crise se caractérise nettement par l'appa-

rition de douleurs abdominales centrales sans tympanisme, il y a plutôt de la rétraction de la paroi abdominale.

Rapidement la douleur s'irradie vers la fin de l'intestin, le rectum, détermine du spasme, du ténesme rectal. Cette propagation du spasme douloureux au rectum et à l'anus est presque la règle; elle s'accompagne quelquefois de l'évacuation de matières fécales, qui soulage le malade. Les coliques et le ténesme cessent brusquement. Dans d'autres cas, il y a évacuation presque involontaire par l'anus d'une petite quantité de sérosité incolore et inodore. En général le malade a une grande constipation.

Lorsque les crises sont plus accentuées encore, les douleurs abdominales et rectales s'accompagnent de crises gastriques avec nausées et même vomissements spontanés, ainsi que d'une douleur fixe intolérable, siégeant dans la région épigastrique. Enfin, lorsque les accès atteignent leur paroxysme au milieu de l'agitation et des cris du malade, celui-ci accuse une céphalée frontale intense.

Dans certaines crises, lorsque le ténesme rectal est prolongé, il s'y joint du ténesme vésical avec de la dysurie.

Les bains, les applications chaudes, les lavements laudanisés et bromurés, enfin les injections d'héroïne parviennent seuls à soulager le malade en état de crise.

Le malade présente en outre de temps à autre dans les membres inférieurs et supérieurs des douleurs lancinantes très vives qui s'irradient et durent une demi-heure, une heure. Mais il n'y a pas de douleurs fulgurantes à proprement parler.

Le malade ne présente pas d'hésitation de la marche, les yeux étant fermés. Les réflexes rotuliens et achilléens sont

conservés, mais on constate que les pupilles ne réagissent pas à la lumière,donc signe d'Argyll Robertson; l'accommodation à la distance existe nettement.

Pas d'antécédents alcooliques ni rhumatismaux.

Le malade ne nie ni n'affirme la syphilis; la réaction de Wassermann est douteuse.

Ce syndrome ne peut être confondu ni avec les coliques hépatiques, ni avec l'appendicite, ni avec l'obstruction intestinale, ni avec des crises d'entérocolite muco-membraneuse. Il s'agit d'une affection nettement *spasmodique, apyrétique, à début intestinal*, et se propageant ensuite en bas vers le rectum et parfois vers l'estomac.

Malgré l'absence de quelques signes importants de tabes, nous sommes convaincu, et c'est d'ailleurs l'avis de M. le professeur Augier dont le malade est son client depuis longtemps, que nous nous trouvons en face d'un tabes au début ou d'un tabes fruste. Le signe d'Argyll Robertson très net, les douleurs lancinantes et passagères que le malade accuse parfois dans les membres, enfin les véritables crises intestinales qu'il présente, crises qui s'accompagnent souvent de crises gastriques et rectales, de ténesme vésical et rectal, et même quelquefois d'incontinence d'urine ou de dysurie, tout cela suffit pour légitimer le diagnostic de tabes.

Le malade, très intelligent, exerce une profession plutôt délicate; dans l'intervalle des crises il est très valide de corps et d'esprit: il ne ressent aucun trouble digestif, ni gastrique, ni intestinal.

L'appétit est bon, les digestions normales et les selles régulières.

Si l'on excepte les quelques douleurs lancinantes, ressenties dans les membres, seules les crises intestinales viennent révéler, avec leur violence, leur début et disparition brusque, une affection d'origine centrale; elles sont donc ici les premières manifestations d'un tabes fruste ou au début.

Enfin nous constatons une particularité intéressante chez ce malade : c'est la présence de la grande crise débutant par des coliques violentes et se propageant au rectum et à l'estomac. Mais comme l'a bien fait remarquer M. le professeur Augier, quand elle existe, le début est toujours intestinal et les crises rectales et gastriques sont ultérieures à la crise intestinale. C'est alors la crise gastro-entéro-rectale.

•

OBSERVATION VII (Personnelle et inédite)

Crises gastriques et crises entéralgiques
Gastro-entérostomie sans résultat

L... Léon, quarante-quatre ans, a exercé successivement la profession de mineur, de garçon de café, puis de cuisinier; il se trouve actuellement à l'hôpital de la Charité de Lille, dans le service de M. le professeur Desplats, salle Saint-Alexis, n° 1.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à soixante-cinq ans d'une affection indéterminée; sa mère a actuellement quatre-vingt-quatre ans et jouit d'une bonne santé

relative. Une de ses sœurs a succombé au cours d'une fièvre typhoïde; un de ses frères est mort à dix-huit ans d'une méningite; ses autres frères et sœurs sont vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Rien de particulier à signaler dans son jeune âge, sauf une fièvre typhoïde dans l'enfance et la variole à dix-neuf ans. Il déclare n'avoir jamais contracté la syphilis. Il est marié; sa femme âgée de trente-cinq ans n'a jamais eu d'enfants, mais elle a fait trois pertes de deux à trois mois en deux années successives.

Histoire de la maladie. — Il avait une santé relativement bonne, quand un jour du mois d'avril 1902, sans avoir fait aucun écart d'alimentation ni de boisson, il fut subitement pris de douleurs violentes dans la région épigastrique, douleurs qui furent accompagnées de vomissements bilieux très abondants; cette crise qui était manifestement une crise gastrique dura toute la nuit. Puis tout rentra dans l'ordre. Ce ne fut que cinq à six mois plus tard que de nouvelles crises apparurent, de durée variable et espacées de un mois et plus. « Mais, nous dit le malade, ce n'était pas toujours les mêmes douleurs. » En effet, un interrogatoire précis montre que les crises gastriques alternaient de temps à autre avec les crises intestinales; et le malade distingue très nettement les premières qu'il nomme crampes d'estomac, des secondes qui ressemblaient à des coliques d'une extrême violence.

(Dans la suite de l'observation, nous nous sommes attaché surtout à l'étude des crises entéralgiques. Qu'il nous suffise de dire que les crises gastriques très fréquentes au début, sont devenues de plus en plus rares, et actuellement le malade ne présente guère que des crises entéralgiques avec

ou sans vomissements, la dernière crise gastrique typique remonterait à plusieurs mois.)

Tandis que le point de départ de la douleur dans la crise gastrique est très nettement indiqué par le malade lui-même au creux épigastrique, c'est toujours dans la fosse iliaque droite, à 3 ou 4 centimètres de la ligne médiane, que débute la douleur dans les crises entéralgiques ; de là la douleur s'irradie dans tout l'abdomen, dans les lombes et la partie supérieure des cuisses. Le malade est toujours brusquement surpris ; c'est à peine si parfois il éprouve avant la crise quelque vertige, un certain malaise général ; pendant la crise, ce sont des coliques violentes, arrachant des cris au malade, très peu ou pas de vomissements, alors qu'ils sont très abondants dans la crise gastrique. Il y a toujours pendant la crise une constipation opiniâtre.

Il fit un premier séjour à l'hôpital Saint-Sauveur à Lille, service de M. le professeur Lemoine en 1902, il y resta un mois, il y revint l'année suivante. Dès lors ce fut une série ininterrompue de séjours dans les divers hôpitaux. En 1904 il entra dans le service de M. le professeur Combemale, il y revint plusieurs fois les années suivantes. Pendant ce temps, les crises qui au début étaient très rares, ne survenant que tous les quatre, cinq et six mois devenaient de plus en plus fréquentes, toutes les trois à quatre semaines ; le malade redoutait surtout les crises entéralgiques, car, nous dit-il « quand j'avais des crampes d'estomac, les vomissements me soulageaient, mais si le mal me prenait dans les intestins (*sic*) je ne pouvais pas aller à la selle et je souffrais plus longtemps ». Seule une injection de morphine parvenait à le calmer.

En 1906, il fit un séjour dans le même hôpital, cette fois dans le service de M. le professeur Desplats ; il avait eu de l'ictère ; mais les crises étaient toujours les mêmes, ne variant que dans leur fréquence.

Le diagnostic porté à ce moment était d'après le cahier « tabes, crises gastriques, syphilis confirmée, ictère catarrhal ».

Les crises entéralgiques n'étaient pas diagnostiquées, elles ne le furent pas non plus, comme nous le verrons, dans la suite.

Il sortit quelques jours pour rentrer le mois suivant, en septembre 1908, dans le service de M. Combemale. Le malade à bout de patience suppliait les médecins d'alléger ses atroces souffrances, ceux-ci ayant épuisé en vain toutes les ressources de la thérapeutique, lui conseillèrent de passer dans le service de chirurgie et de se laisser opérer. M. le professeur Dubar et son chef de clinique M. Leroy avaient quelques mois précédemment opéré un tabétique ayant des crises gastriques et avaient obtenu, paraît-il, un excellent résultat. Forts de ce succès, ils engagèrent vivement notre malade à se laisser faire, il n'hésita pas longtemps.

Le 15 septembre 1906, M. Leroy fit chez notre malade une gastro-entérostomie. Voici du reste le résumé de l'observation que MM. Dubar et Leroy publièrent ultérieurement.

« ... Pour chercher à remédier à la violence des crises gastriques qui avaient entraîné une profonde dénutrition et un amaigrissement considérable du malade, le Dr Leroy, chef de clinique chirurgicale, pratiqua le 15 septembre 1906 une gastro-entérostomie par le procédé de Van Hœcher..., le 14 novembre (c'est-à-dire deux mois après) le malade quitte

le service, complètement transformé. Paraissant guéri tout au moins de ses troubles gastriques, L... se sent fort et tout disposé à reprendre son travail. » Et faisant suivre cette observation et une autre de longues considérations, ils concluaient leur travail par ces lignes : « Nous considérons qu'elle (la gastro-entérostomie) constitue une dernière ressource très précieuse contre les crises gastriques, violentes, invincibles et rebelles à tout traitement. Pour notre part, nous n'hésiterions pas en pareil cas à proposer à nos malades le bénéfice de l'anastomose gastro-intestinale. »

On nous pardonnera cette parenthèse, mais nous n'avons pu résister au plaisir de la citer ; la suite de l'observation en donnera la raison.

Le résultat immédiat de l'opération fut donc très heureux mais hélas ! il fut d'assez courte durée et l'observation constatant la guérison fut publiée trop prématurément comme on va le voir.

Le malade pendant six à sept mois ne ressentit en effet aucune douleur, il avait repris son travail et se croyait guéri ; quand au mois d'avril de l'année suivante il eut une nouvelle crise tout aussi violente que les précédentes, et elle fut suivie de beaucoup d'autres. A partir de ce moment, d'après le malade, les crises entéralgiques furent plus fréquentes et les crises gastriques plus rares.

Il dut recommencer à faire de nombreux séjours dans les hôpitaux, mais pendant ce temps, l'ataxie légère qu'il présentait déjà s'accentua rapidement, il eut bientôt de l'incontinence d'urine et aussi un relâchement du sphincter anal.

Durant les années 1907, 1908, 1909 et 1910, nous le trouvons à l'hôpital de la Charité, tantôt dans le service de

M. Combemale, tantôt dans celui de M. Desplats. Le diagnostic porté sur lui en février 1910 était le suivant : « Tabes, crises gastriques », les crises entéralgiques étaient toujours méconnues, et pourtant elles étaient fréquentes et bien nettement décrites par le malade ; il est vrai qu'elles étaient parfois accompagnées de vomissements, c'est probablement ce fait qui trompait les esprits. Du reste, il avait fait de si nombreux séjours dans les hôpitaux qu'on acceptait le diagnostic de crises gastriques porté antérieurement, qui d'ailleurs était exact, mais incomplet, et on ne cherchait pas à le compléter.

Le malade est revenu cette année dans le même hôpital, service de M. le professeur Desplats, le 13 février 1911, nous l'y retrouvons le 28 septembre 1911 au numéro 1 de la salle Saint-Alexis.

Examen actuel du malade. — Le malade, absolument ataxique, est actuellement cloué au lit ; dans un état d'amaigrissement considérable.

Réflexes tendineux. — Abolition du réflexe rotulien (signe de Westphal), du réflexe achilléen.

Réflexes cutanés. — Suppression des réflexes abdominaux et crémastériens.

Troubles oculaires. — Les pupilles ne réagissent plus à la lumière ; à l'accommodation la pupille gauche réagit encore, mais la droite très peu (signe d'Argyll-Robertson) ; il y a de la mydriase très prononcée, la pupille gauche est légèrement irrégulière. De plus on observe un ptosis double assez accusé.

Troubles moteurs. — Le malade, quoique très amaigri, a encore conservé une certaine force musculaire ; les mouve-

ments commandés sont exécutés avec brusquerie et une grande incoordination. La marche est actuellement impossible et cela depuis plus de deux ans.

Troubles sensitifs. — Il y a de l'anesthésie complète de la face plantaire, de la face antéro-externe des deux jambes ; de l'hypoesthésie de tout l'abdomen depuis le pubis jusqu'à l'appendice xyphoïde et au rebord costal. La sensibilité thermique est conservée.

Troubles sphinctériens. — Les sphincters vésicaux et anaux sont sérieusement troublés ; le malade a de l'incontinence d'urine ; depuis quelque temps il présente, comme nous le verrons tout à l'heure, des crises de diarrhée intermittente, il ne peut alors retenir ses matières.

Il présente aussi de l'impuissance génitale.

Enfin la ponction lombaire a montré l'existence d'une lymphocytose très nette du liquide céphalo-rachidien.

Le palper abdominal ne révèle rien de particulier, le ventre est souple et indolore.

Depuis sa dernière entrée à l'hôpital, notre malade a eu de fréquentes crises entéralgiques survenant à des intervalles irréguliers, tantôt tous les quinze jours, tantôt toutes les trois à quatre semaines. Voici la description générale des crises qu'il présente :

Quelquefois, il sent sa crise venir, alors les prodromes sont toujours les mêmes : pâleur, vertige, épistaxis même parfois, mais le plus souvent le début est brusque, inexpliqué. Une douleur violente, brutale prend subitement naissance dans la fosse iliaque droite (ce point de départ est constant), mais elle n'y reste pas localisée. Elle présente des

irradiations dans tout l'abdomen, dans la région lombaire, dans la partie supérieure des cuisses.

La souffrance arrache des cris au malade, il ne peut rester en place dans son lit, se tord littéralement et prend les positions les plus grotesques pour tenter d'alléger sa douleur.

L'interne du service, qui a plusieurs fois assisté à ces crises, l'a vu prendre des positions originales, telle que celle de Sims par exemple. Le malade éprouve pendant l'accès une sensation d'arrachement ou de torsion, il lui semble que ses intestins sont serrés dans un étau et tordus ; il est parfois très dyspnéique ; son pouls, très rapide, varie suivant les crises, de 110 à 120 ; mais la température est absolument normale. Le ventre est plutôt rétracté ; il n'est pas sensible au toucher. Il y a arrêt absolu des gaz et des matières ; les *lavements tièdes donnés pendant la crise n'ont jamais donné de résultat*.

Il y a toujours aussi de la rétention d'urine.

Les vomissements accompagnent souvent la crise, mais vu leur faible intensité, leur absence fréquente, ils semblent bien n'être ici qu'un symptôme accessoire, secondaire mais non fondamental comme dans les crises gastriques que présentait également le malade.

Ces coliques violentes durent une demi-heure, une heure, cessent puis reprennent quelque temps après, et l'ensemble de la crise dure en moyenne de douze à vingt-quatre heures.

Quand elle débute par exemple le soir, elle dure en général toute la nuit, et seule une piqûre de morphine, que le malade réclame d'ailleurs à grands cris, parvient à le soulager.

Après la crise, le malade est abattu, fatigué et se laisse aller à un sommeil réparateur.

La dernière crise, nous dit le malade, date de trois semaines, elle dura cette fois toute la nuit.

Jusqu'au mois de juin dernier, le malade n'avait été soumis qu'à l'influence de la morphine ; à cette époque M. Vouters, médecin-adjoint de l'hôpital, lui fit prendre par jour 50 grammes d'eau bromoformée. A partir de ce moment, simple coïncidence probablement, le malade a vu les crises s'espacer et surtout diminuer d'intensité, mais en revanche, ont apparu des crises de vomissements et de diarrhée sans douleurs. Ces crises durent quelques heures, le malade a 4, 5, 6 selles diarrhéiques sans caractère particulier, puis tout rentre dans l'ordre. Évidemment, cette diarrhée survient sans aucun écart de régime, est rebelle à tout traitement et disparaît comme elle était venue, c'est-à-dire brusquement. Entre temps le malade est plutôt constipé et doit fréquemment recourir aux purgatifs ou aux lavements évacuateurs.

Nous avons rapporté avec quelques détails l'histoire de ce malade, elle nous a paru très intéressante à plusieurs points de vue, et en particulier, elle vient corroborer les idées émises par M. Lœper dans son article sur les crises entéralgiques du tabes.

Nous ferons d'abord remarquer que les crises entéralgiques ne furent jamais diagnostiquées malgré les multiples séjours que notre malade fit dans les hôpitaux et les nombreux examens qu'il dut subir. Nous en avons la preuve par l'observation de MM. Dubar et Leroy publiée en 1900, où l'on parle des crises gastriques mais non des crises intestinales

et aussi par les diagnostics inscrits sur les registres de l'hôpital lors des deux séjours. Il est vrai que les crises entéralgiques étaient parfois accompagnées de vomissements, de plus le malade avait nettement des crises gastriques ; tout cela explique aisément l'insuffisance du diagnostic. Autre raison encore : c'est que la plupart des auteurs : Charcot, Vulpian, MM. Touche, Ewald, Collin, etc., n'ont guère catalogué crises intestinales que celles où il y avait, avec une douleur nettement hypogastrique, une diarrhée abondante ou une constipation sévère, *mais sans vomissements*. Mais, comme le dit M. Lœper, « le vomissement n'était ici et n'est souvent qu'un accident secondaire et surajouté, insuffisant à caractériser cliniquement la crise ; aussi beaucoup de crises, jusqu'ici étiquetées gastriques, doivent être classées parmi les crises intestinales. »

Nous ne sommes donc pas très surpris que le diagnostic de crises entéralgiques n'ait jamais été fait.

Ainsi qu'on a pu le voir, il s'agit manifestement ici de la forme entéralgique simple, toujours accompagnée d'une constipation opiniâtre, résistant même aux lavements pendant la crise.

Comme nous l'avons fait remarquer à la fin de l'observation, notre malade présente actuellement des crises de diarrhée et de vomissements sans douleur, survenant sans aucun écart de régime, dues très probablement à l'évolution de la maladie elle-même. M. Lœper a d'ailleurs signalé ces faits. « Il est rare, dit-il, que la crise entéralgique n'ait pas été

précédée de manifestations gastriques ou rectales ou de *crises diarrhéiques ;* il *est plus rare encore* qu'elle ne soit *pas suivie à échéance plus ou moins rapprochée de ces divers accidents.* Les malades de M. Pâl, de MM. Roux et Heitz, les nôtres en sont des exemples. »

Enfin nous tenons à signaler qu'après l'opération de gastro-entérostomie, le malade a franchi les dernières étapes de sa maladie en moins de deux ans. En effet, avant son opération il ne présentait qu'un léger degré d'ataxie, le malade à cette époque marchait encore aisément à l'aide d'un bâton. Depuis ont apparu successivement les douleurs fulgurantes, les troubles sphinctériens, en particulier l'incontinence d'urine, la cachexie, l'impossibilité absolue de marcher, tous symptômes qui suivirent de quelques mois l'opération. Il semble donc, suivant d'ailleurs l'opinion émise par M. le professeur Debove et admise par d'autres auteurs, que la gastro-entérostomie, subie par notre malade, ait aggravé le tabes et accéléré son évolution.

OBSERVATION VIII (Personnelle et inédite)

Tabes avec crises entéralgiques simples

C... Léon, trente-neuf ans, exerçant jadis la profession de cocher, tient actuellement une petite boutique de brocanteur.

Antécédents héréditaires et personnels. — Marié, sa femme est vivante et bien portante, elle n'a jamais eu de

perte ; elle a eu 3 enfants dont l'un est mort récemment de méningite probable.

Le malade jouissait d'une parfaite santé ; il n'a eu aucune maladie sérieuse ; il nie absolument la syphilis, et rien dans l'interrogatoire ne révèle son existence.

Il y a trois ans environ, il commença à éprouver des douleurs fulgurantes dans les jambes et une certaine difficulté dans la marche. Il n'y prêta tout d'abord aucune attention, quand quelques mois plus tard il fut pris brusquement dans le côté gauche du ventre d'une douleur violente, brutale, absolument intolérable, douleur qui s'irradiait dans tout l'abdomen, en ceinture, et qui eut une durée de dix-huit à vingt-quatre heures avec quelques intermittences de calme. Pendant cet accès, il ne pouvait émettre ni gaz ni matières. Cette douleur disparut brusquement comme elle était venue. Le malade crut à une indigestion et avait tout oublié quand plusieurs mois après il fut repris de douleurs semblables sans avoir fait aucun écart de régime. Il eut ainsi 3 à 4 crises pendant l'année dernière ; il ne fut pas sans consulter plusieurs médecins qui ne lui dirent pas leur diagnostic.

Las enfin de l'insuccès de leur traitement, il vint au mois de juin de cette année à la Salpêtrière consulter M. le professeur Déjerine qui porta le diagnostic de tabes avec crises entéralgiques. Le malade lui parut intéressant, et comme les crises intestinales chez les tabétiques sont plutôt rares, il en profita pour présenter le malade à une de ses cliniques du mardi.

M. le professeur Déjerine ayant eu l'extrême obligeance de nous donner l'adresse du malade, nous nous sommes rendu à son domicile et nous l'avons examiné le 9 juillet dernier.

Examen du malade. — Il présente tous les signes importants du tabes ; il ne nous reste donc qu'à confirmer le diagnostic porté par M. le professeur Déjerine.

Troubles moteurs. — Le signe de Romberg existe très nettement ; il y a un assez grand degré d'incoordination motrice ; le malade doit se servir de bâtons pour la marche.

Troubles sensitifs. — On constate de l'anesthésie plantaire, un léger retard dans la perception à la face antéro-externe des jambes, de l'hypoesthésie de la région abdominale. La sensibilité thermique est conservée.

Réflexes tendineux. — Abolition complète du réflexe rotulien (signe de Westphal) et du réflexe achilléen.

Troubles sphinctériens. — Le malade présente du relâchement du sphincter vésical, il a de l'incontinence urinaire : le sphincter vésical est normal.

Organe des sens. — Les pupilles sont insensibles à la lumière, mais réagissent à l'accommodation (signe d'Argyll-Robertson). Par ailleurs un peu de myosis, pas de diplopie, pas de ptosis. Le goût, l'ouïe, l'odorat sont normaux.

Le malade a beaucoup maigri ; il a cependant un appétit ordinaire ; il est plutôt constipé.

C'est toujours sans aucun prodrôme que les crises débutent chez notre malade ; brusquement surpris par une douleur atroce, il se tord, presse de toutes ses forces sur le ventre, mais ne peut trouver aucune position qui atténue la douleur. Pendant la crise, il est pâle, couvert de sueurs froides, angoissé ; la paroi abdominale n'est pas sensible. Il ne vomit jamais et n'expulse ni gaz ni matières ; il est quelque temps sans uriner. Ces crises qui durent quelques heures en général semblent devenir actuellement plus fréquentes ;

toutefois, d'après le malade, depuis le traitement institué par M. le professeur Déjerine, il se trouve plutôt mieux et n'a eu qu'une seule crise. Le traitement consiste en injections d'huile grise deux fois par semaine.

Ici, sans aucun doute, nous avons affaire à des crises entéralgiques simples : les caractères des douleurs, la constipation, la rétention d'urine pendant la crise, l'absence de vomissements en sont la preuve la plus manifeste.

Les recherches que nous avons faites dans les écrits des auteurs ayant plus ou moins trait à notre sujet nous ont montré que la crise intestinale simple sans diarrhée était peu connue et peu décrite, les crises diarrhéiques avec ou sans douleur sont surtout mentionnées. Voici ce que nous lisons du reste dans la *Pratique neurologique* de M. le professeur Pierre Marie et ses élèves dans le chapitre qui a trait aux crises tabétiques intestinales. « ... Elles sont de deux ordres : les unes s'accompagnent d'hypersécrétion, les autres de phénomènes douloureux. Dans ce cas l'entéralgie est généralement surajoutée à une crise gastrique, la diarrhée coexiste avec les vomissements ; la cyanose et l'oligurie donnent au malade une allure de cholérique, il peut même y avoir collapsus et mort au cours d'une crise de cet ordre. » L'auteur de l'article s'est inspiré du cas célèbre de Vulpian. Ici donc comme partout, les auteurs n'ont eu en vue que la crise intestinale diarrhéique, ce que nous appelons la crise choléri forme.

Toutefois dans le livre de M. Pâl, il y a plusieurs observations que l'on peut classer nettement parmi les crises entéralgiques simples, nous en avons donné d'ailleurs précédemment deux observations résumées. Mais M. Pâl, tout en les distinguant des crises gastriques, les appelle crises vasculaires abdominales ; et d'après la description qu'il en fait c'est exactement la première forme des crises intestinales. « Ces crises, dit-il, ont comme caractéristique : l'hypertension pendant la crise, l'arrêt du fonctionnement intestinal, avec existence ou absence de la sensibilité profonde, avec ou sans rétraction de l'abdomen, avec ou sans troubles de la sensibilité segmentaire (hyperesthésie ou hyperalgésie), avec parfois des vomissements tardifs. » C'est absolument la description résumée des crises entéralgiques simples.

M. Léri dans sa thèse sur cécité et tabes rapporte une observation qui contient les gros caractères des crises entéralgiques simples ; il s'agit d'un individu, tabétique depuis sept ans, qui fut atteint à différentes reprises de diarrhée sans phénomènes douloureux avec incontinence rectale, et qui neuf ans plus tard, présenta de véritables accès intestinaux analogues dans leur brusquerie aux douleurs fulgurantes et auxquels succédèrent bientôt l'anesthésie et l'incontinence rectale.

Nous trouvons dans un article de M. Ewald une description exacte de crises intestinales, description qui doit être basée sur des faits, qu'il ne publie pas. « Les crises intestinales, dit-il, sont caractérisées

par des contractions abdominales sous forme de crampes, siégeant spécialement dans l'hypogastre, accompagnées de douleurs atroces. Le ventre est dur, tendu, parfois rétracté. » Il signale la présence dans la région iléo-cæcale ou au-dessus du pubis d'une tuméfaction du volume d'une noix ou d'un poing, tuméfaction qui apparaît et disparaît avec un bruit de gargouillement. « Les sujets, ajoute-t-il, ont une grande envie d'aller à la garde-robe, mais *ils sont très constipés ;* il y a même impossibilité d'expulser des gaz. L'accès ordinaire dure quelques minutes seulement, mais recommence quelque temps après, et la crise dure ainsi un jour environ, puis disparaît. Il y a des crises qui reviennent à des périodes fixes ; dans l'intervalle, l'abdomen est absolument normal. » Cette description cadre bien avec nos observations, et à part les contractions intermittentes du gros intestin visibles sous la paroi, que nous n'avons jamais constatées chez nos malades, nous y trouvons tous les symptômes caractéristiques de la crise entéralgique simple.

Il résulte de l'ensemble des observations que nous avons publiées et de tout ce qui précède que la crise entéralgique simple se caractérise essentiellement par deux grands symptômes prédominants, toujours présents, ce sont : la *douleur abdominale* et la *constipation.*

La douleur a les caractères de la douleur tabétique ; elle est intermittente, séparée par des intervalles de calme absolu, surprenant le sujet au milieu

de ses occupations, prenant son point de départ, soit dans la région hypogastrique, soit dans l'une des fosses iliaques, toujours le même en général pour chaque malade. Cette douleur est violente, brutale, à début brusque, en coup de poignard, ressemblant à de très fortes coliques, faisant éprouver au malade une sensation d'arrachement, de torsion ou d'écrasement ; elle s'irradie bientôt dans tout l'abdomen, même parfois dans la partie supérieure des cuisses. « La douleur, dit M. Pierre Marie, dépasse tout ce qu'un être humain peut supporter en souffrance. » Le malade se tord, pousse des cris, prend des attitudes bizarres, tel est plié en chien de fusil, tel autre est couché sur le ventre, tel a le menton sur les genoux, celui-là, de toute la force de ses poings, déprime sa paroi abdominale (Cache). Il est angoissé, haletant, couvert de sueurs froides, supplie qu'on le soulage. Puis brusquement, après quelques heures, les douleurs cessent et le malade épuisé se laisse aller à un sommeil réparateur.

La constipation est ici un symptôme constant et très marqué ; très souvent, d'ailleurs, il s'agit de malades présentant une constipation chronique. Pendant la crise la constipation est telle que les malades ne peuvent émettre ni gaz, ni matières, et qui plus est, comme l'a noté M. Pâl dans une de ses observations et nous-même dans notre observation VII, les lavements tièdes n'ont parfois à ce moment aucune action.

Outre les deux symptômes capitaux précédents, la

crise entéralgique simple s'accompagne de plusieurs symptômes secondaires ; citons d'abord l'hypertension artérielle si bien étudiée par Pâl et qui serait d'après lui la cause même de la crise, l'accélération du pouls qui varie de 80 à 115, 120 pulsations par minute, de l'oligurie ou même de la rétention d'urine pendant quelques heures, du ballonnement ou plutôt une rétraction de l'abdomen, enfin quelquefois des vomissements tardifs mais peu abondants.

Quand tous ces signes existent, la crise entéralgique simple est assez semblable à une crise de colique saturnine ; et quand il y a en plus des douleurs abdominales très fortes et de la constipation opiniâtre, un météorisme assez accusé, le tableau est alors exactement celui de l'occlusion intestinale par *iléus paralytique* (Goldberg). D'ailleurs, l'erreur a été commise maintes fois : c'est ainsi que Henrot dans sa thèse rapporte l'observation d'un homme de quarante ans qui, entré à l'Hôtel-Dieu le 20 avril 1863 présentait tous les signes ordinaires de l'ataxie. Le 28 août, il éprouva subitement des douleurs très violentes dans l'abdomen : les douleurs étaient accompagnées de constipation et de vomissements. Le pouls n'était pas celui de la péritonite ; il n'y avait pas de hernie. On supposa qu'il s'agissait d'une obstruction intestinale ou d'un étranglement interne. Cependant il y eut deux ou trois selles après le lavement. Le 31 août au soir, le malade succomba ayant présenté à la fin de la diarrhée. A l'autopsie on ne trouva pas trace d'étranglement intestinal ni de péri-

tonite. Il y avait une atrophie considérable de la moelle épinière portant sur les racines antérieures et postérieures.

Il s'agissait évidemment ici d'une crise entéralgique simple, extrêmement sévère, présentant absolument le tableau de l'occlusion intestinale par iléus paralytique. Le diagnostic est pourtant possible, il sera du reste discuté dans un chapitre spécial ; qu'il nous suffise de dire ici que dans la crise entéralgique nous n'avons pas de fièvre, très peu de vomissements, pas de troubles marqués de l'état général, signes importants qui ne font pas défaut dans l'occlusion intestinale.

La durée de la crise entéralgique simple est très variable suivant les malades et chez le même malade suivant la crise ; en général elle dure de douze à vingt-quatre heures, mais il y en a qui ont une durée de plusieurs jours.

Crise cholériforme

OBSERVATION I

(Due à M. J. Roux, extraite de l'article de M. Lœper.)

Crises intestinales avec diarrhée chez un tabétique.

Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, tabétique depuis quinze ans, dont le tabes avait d'ailleurs débuté par des crises gastriques et qui fut prise un jour de douleurs

abdominales si violentes et de diarrhée si abondante et si répétée, que sa mère crut au choléra. Les selles étaient tout à fait liquides, séreuses, et les douleurs atroces. A dater de cette crise, la diarrhée se reproduisit avec tous les caractères habituels et la spontanéité des diarrhées tabétiques.

OBSERVATION II

(Due à M. J. Roux, extraite de l'article de M. Lœper.)

Une autre malade, presque aveugle, atteinte de constipation opiniâtre pendant un an, souffrit quatre années durant de crises d'intestin caractérisées par une sensation pénible de douleur abdominale avec paroxysmes douloureux de cinq à six jours et diarrhée profuse et épuisante. La crise était suivie de ténesme rectal et une douleur dans la fosse iliaque gauche en même temps qu'une sensation de corde colique persistaient dans l'intervalle.

OBSERVATION III

(Publiée par M. Heitz, extraite de l'article de M. Lœper.)

C'est une malade chez laquelle survinrent subitement des coliques intestinales violentes, rappelant par leur intensité, mais non par leur localisation, les douleurs gastriques et suivies d'une diarrhée abondante absolument liquide et incoercible. La crise durait sept heures environ.

OBSERVATION IV (Résumée)

(Communiquée par le professeur Pierret,
Extraite de la thèse de M. Putnam.)

M. X..., commandant de cuirassiers, âgé de cinquante-cinq ans.

Douleurs fulgurantes depuis quinze ans dans les jambes. Rétention d'urine, puis parfois incontinence. Tabétique manifeste.

. . . . . .

Il présenta une *diarrhée incoercible accompagnée de coliques*. Rien ne pouvait arrêter ce flux, qui s'accompagnait de crises rectales.

. . . . . .

Le traitement par l'eau froide, le nitrate d'argent, les pointes de feu sur les lombes réussit à améliorer le malade.

OBSERVATION V (Résumée)

(Communiquée par le professeur Pierret,
Extraite de la thèse de M. Putnam.)

M. P..., âgé de trente-huit ans, soigné par le professeur Pierret, contracta la syphilis en 1866. En 1877 il est pris de douleurs très vives au niveau de l'estomac et de vomissements abondants (crises gastriques). Plus tard, il ressentit des douleurs fulgurantes dans les jambes et les bras... La déglutition est pénible; des crises douloureuses œsophagiennes spasmodiques furent constatées.

En 1882, M. P... eut à plusieurs reprises de véritables

coliques suivies de flux diarrhéiques invincibles par les moyens ordinaires. Ces troubles intestinaux n'étaient pas dus à des écarts de régime et cédaient très bien à l'application de pointes de feu sur la région dorso-lombaire du rachis.

Quelques mois plus tard, M. Pierret observe des crises hépatalgiques extrêmement violentes qui nécessitèrent l'emploi de la morphine.

Nous n'avons pu personnellement découvrir de malades tabétiques présentant cette crise intestinale avec diarrhée ; il est vrai que, comme le dit M. Lœper, la littérature médicale fournit fort peu d'exemples de cette crise cholériforme.

Nous avons cependant trouvé dans les comptes rendus de la Société de Biologie de 1862 une communication de Charcot et Vulpian, rapportant l'histoire d'une nommée L..., quarante-neuf ans, tabétique, qui présenta une diarrhée incoercible avec des douleurs très vives dans le flanc gauche. La malade ne présenta de l'affaissement des jambes que cinq ans après cette diarrhée incoercible, et celle-ci ne s'établit qu'après la suppression des règles.

Quelques années plus tard, Vulpian, dans son livre sur *les Maladies de la moelle*, parle aussi des crises intestinales diarrhéiques. « Il est rare, dit-il, que l'entéralgie se montre isolée ; cependant cela s'observe quelquefois. Le plus ordinairement lorsque les intestins sont le siège de souffrance, ce sont des

accès gastro-intestinaux que l'on constate. Ces accès peuvent aussi être d'une extrême violence. Aux douleurs de la région de l'estomac se joignent soit dès le début, soit au bout d'un temps variable, des douleurs entéralgiques des plus pénibles, parfois atroces. La diarrhée se déclare, les selles sont fréquentes, abondantes, bilieuses, muqueuses et séreuses. Les traits s'altèrent bien plus rapidement que dans les cas de crises gastriques proprement dites, le facies peut être analogue à celui de malades atteints de choléra; la voix s'éteint et les urines se suppriment parfois comme dans cette dernière maladie; il y a aussi du refroidissement, de la cyanose et même des crampes. » Il raconte ensuite l'histoire d'une malade chez laquelle les phénomènes ordinaires de l'ataxie locomotrice étaient encore peu accentués et chez laquelle des crises gastro-entériques, offrant les caractères ci-dessus, se sont produits avec la violence la plus épouvantable. Ces crises duraient plusieurs jours, jusqu'à huit et dix jours et même plus longtemps, et recommençaient après quelques jours d'intervalle pendant lequel la malade était dans un état de prostration complète. Les vomissements incessants et la diarrhée cholériforme empêchaient toute alimentation et toute médication autre que celle que l'on pouvait mettre en usage par voie hypodermique ; la mort eut lieu dans l'une de ces crises. On ne trouva à l'autopsie aucune lésion des viscères abdominaux, aucune altération nette du plexus solaire ou des nerfs qui en émanent : la

moelle présentait les caractères anatomo-pathologiques d'un tabes dorsal peu avancé.

Dans les leçons cliniques de Charcot, dans la thèse de Putnam, on trouve signalées incidemment au cours d'observations de malades tabétiques, quelques rares crises de diarrhée douloureuse.

De l'ensemble des observations publiées précédemment, il ressort nettement que la seconde forme des crises entéralgiques a bien ses caractères et son individualité propres ; et le tableau est un peu différent de la forme précédente. Il ne s'agit plus ici d'une constipation opiniâtre, mais c'est une diarrhée profuse qui coexiste avec les douleurs abdominales.

La douleur offre les mêmes caractères que celle qui existe dans la crise entéralgique simple ; nous l'avons décrite suffisamment pour n'avoir plus besoin d'y revenir. Nous dirons seulement qu'elle est nettement hypogastrique, à début brusque, de durée courte et à terminaison subite. Ce qui frappe peut-être le plus ici, c'est la *diarrhée incoercible* qui est bientôt suivie d'algidité, de crampes, de syncope ; la mort même peut survenir comme dans le cas de Vulpian que nous avons cité plus haut.

Il n'est donc pas surprenant que le malade ainsi déshydraté présente, comme l'avait déjà fait remarquer Vulpian, l'aspect d'un malade atteint du choléra ; c'est d'ailleurs pour cette raison que M. Lœper a donné à cette forme spéciale de crise le nom de *crise choléri forme*.

Crise entéritique

OBSERVATION I (Personnelle et inédite)

Tabes. — Crises entéralgiques. — Forme entéritique

Mme A..., quarante-quatre ans, entrée à l'hôtel-Dieu en attendant son transfert dans un asile d'incurables, se trouve au n° 4 de la salle Sainte-Madeleine, service de M. Petit.

Le diagnostic inscrit sur sa fiche est : tabes avec douleurs abdominales.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et jouissant d'une bonne santé ; par ailleurs, rien d'intéressant à signaler.

Antécédents personnels. — A l'âge de treize ans, elle eut une arthrite du poignet droit, il subsiste encore un léger degré d'ankylose ; elle n'eut aucune maladie dans son jeune âge.

Mariée, son mari est mort il y a vingt et un mois de cause inconnue.

A l'âge de vingt-sept ans, elle fit une perte de six mois ; elle nie la syphilis et l'interrogatoire ne révèle aucun indice ; toutefois, quelques mois après sa perte, en 1894, elle commença à avoir mal aux yeux. Elle se fit soigner vaille que vaille jusqu'au moment où elle entra dans une clinique de la rue Dauphine en 1896 ; elle avait alors vingt-neuf ans.

Là on lui dit qu'elle avait de l'iritis, et on lui fit des piqûres de biiodure d'hydrargyre tous les deux jours, pendant deux mois.

Cinq ans plus tard, en 1901, elle entra à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Brissaud, pour une douleur et un gonflement du genou droit, elle en sortit au bout de trois mois, puis, continuant toujours de souffrir des yeux, elle entra dans la clinique du Dr Péchin, place Jussieu, où on lui fit de nouveau plusieurs séries d'injections de biiodure de mercure tous les deux jours pendant sept mois.

Elle vécut alors plusieurs mois, jouissant d'une santé médiocre, souffrant beaucoup de son affection oculaire et présentant par ailleurs une grande anorexie et une constipation habituelle. Ses règles disparurent en 1903.

Deux ans après, en septembre 1904, elle fut prise subitement de douleurs très vives, très passagères, en éclair, dans le bas-ventre ; ces douleurs duraient de quelques secondes à une minute, reparaissaient quelques minutes ou quelques heures après, et ainsi plusieurs fois dans la journée. Ces douleurs particulières ne survenaient pas tous les jours ; elle était parfois des semaines tranquille. C'était une douleur en coup de poignard, surprenant la malade, la forçant de suspendre momentanément son travail, mais ne s'accompagnant d'aucun trouble fonctionnel, ni vomissement, ni diarrhée. Son seul caractère était sa durée très courte. Elle eut ce genre de douleurs pendant dix à douze mois.

Puis un jour, elle fut prise de coliques très violentes, mais cette fois de plus longue durée ; la malade ne pouvait se retenir de pousser des cris, elle éprouvait une sensation de tiraillement extrêmement douloureux ; pendant la crise, elle avait des selles moitié liquides, moitié solides dit-elle, mais elle n'eut pas, à ce moment, la curiosité de les examiner ; la première crise dura plusieurs heures. Plusieurs mois après, elle

eut de nouvelles crises absolument semblables ; elles réapparurent alors irrégulièrement tous les cinq ou six mois. Le point de départ était toujours dans la fosse iliaque gauche avec des irradiations dans tout l'abdomen ; son ventre était sensible, elle pouvait à peine supporter le poids des couvertures ou de ses vêtements ; il était plutôt ballonné. Les crises qui se terminaient brusquement après une durée variable d'un demi-jour à un jour n'étaient jamais accompagnées de vomissements.

En même temps apparurent d'autres phénomènes ; des douleurs fulgurantes dans les jambes, de l'incoordination motrice.

Toutefois les douleurs abdominales inquiétaient surtout notre malade ; elle consulta à ce sujet un médecin qui demanda à voir les selles. Habituellement constipée, on constata que la malade avait pendant et après les crises des selles glaireuses, avec des muco-membranes, et souvent un peu de sang. Le médecin se basa sur ces constatations pour porter le diagnostic d'entérocolite mucomembraneuse, et traita sa cliente comme telle : lavements d'intestin, purgatifs, régime spécial.

Le traitement n'eut aucune action sur les crises qui furent aussi violentes et aussi fréquentes.

L'an dernier, après la mort de son mari, très déprimée par ses souffrances physiques et morales, et effrayée de voir les progrès de la maladie, elle se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Nous l'y trouvons dans le service de M. Petit, dans la salle indiquée plus haut, où nous l'avons examinée et interrogée le 30 juin 1911.

Examen de la malade. — Femme petite, très amaigrie peau flasque, facies plutôt cachectique, paraissant plus âgée de dix ans.

Il lui est actuellement impossible de marcher; elle est ainsi contrainte de rester au lit, et ce depuis plusieurs mois.

L'examen révèle, chez elle, tous les signes ordinaires du tabes : absence complète des réflexes rotulien, achilléen ; les pupilles sont insensibles à la lumière; iritis très accusé. La sensibilité est aussi fortement touchée : on constate de l'anesthésie plantaire de la face postérieure des deux bras, de la face antéro-externe des deux jambes, de l'hypoesthésie abdominale.

Les troubles sphinctériens sont assez accusés également : elle a de l'incontinence d'urine et aussi de l'incontinence des matières fécales.

Elle présente de fréquentes douleurs fulgurantes ; elle n'a jamais eu de crises gastriques, rectales ni vésicales.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien n'a pas été faite, mais la présence de tous les symptômes précédents suffit pour affirmer le tabes.

Depuis son entrée à l'hôpital, elle n'a eu que trois ou quatre crises sérieuses dont elle se rappelle exactement ; de plus, comme on le verra plus loin, elle éprouve depuis trois à quatre mois un autre genre de douleurs caractérisées par des coliques assez fortes, mais de moindre intensité et plus prolongées, nous y reviendrons d'ailleurs plus loin.

Les deux dernières crises, dont elle a gardé un souvenir, eurent lieu l'une vers le 25 septembre 1910, l'autre le 20 mars 1911, elles se présentent toujours avec les mêmes caractères : début brusque par une douleur très vive dans la fosse iliaque

gauche avec initiation dans l'abdomen. « Je suis obligée, dit la malade, pour étouffer mes cris, de me mettre un mouchoir dans la bouche, et quand les douleurs me prennent la nuit, je réveille toutes mes voisines, à mon grand regret. » Ces deux dernières crises durèrent un jour environ et furent accompagnées et suivies, comme les précédentes, de selles glaireuses, muco-sanguinolentes, avec des matières très dures, vrillées. La présence du sang effraie beaucoup la malade, aussi a-t-elle bien soin actuellement de surveiller ses selles ; mais la quantité de sang est toujours minime.

Pendant la crise, son ventre serait ballonné, tendu et très sensible au toucher.

Depuis plusieurs mois, elle éprouve plutôt, au lieu de grandes crises comme celles décrites précédemment, des coliques plus ou moins douloureuses, mais assez prolongées ; elles durent plusieurs jours de suite et reviennent à peu près chaque semaine. Ces sortes de crises atténuées font beaucoup moins souffrir la malade et ont lieu surtout dans la première moitié de la journée.

L'observation de cette malade ne manque pas d'intérêt. Tout d'abord, comme on l'a vu par la description des crises, elle peut rentrer dans le cadre des crises entéralgiques à forme entéritique que Duchenne de Boulogne a le premier décrit. Les coliques violentes, paroxystiques, survenant brusquement, disparaissant de même, l'absence de vomissements et de fièvre, l'hyperesthésie abdominale, l'émission de selles glaireuses, muco-sanguinolentes,

la constipation habituelle de la malade en sont les principaux caractères.

Nous ferons remarquer que les grandes crises ont été relativement rares, survenant à de grands intervalles, tous les cinq et six mois et même plus.

La malade nous a fait remarquer elle-même que la date des crises correspondait presque toujours avec celles de ses règles disparues. En effet, les crises ne sont apparues que deux ans après la suppression des règles. M. Pâl a, lui aussi, noté ces relations entre l'apparition des crises et la menstruation.

Rappelons aussi que les grandes crises entéralgiques ont été précédées de douleurs abdominales très vives, mais fugitives ; ces douleurs en éclair, signalées par M. Pâl qui les a appelées « crises *fulgurantes abdominales* », sont intéressantes à connaître, aussi nous proposons-nous de les étudier ultérieurement après la description générale des crises entéralgiques.

Enfin, dernière particularité intéressante dans cette observation, c'est la présence actuelle de crises atténuées. Elles nous font penser aux *crises intestinales obsédantes* décrites par Bechtereff, survenant chez des malades de souche neuropathique ou atteints d'entérocolite ou d'entérite chronique. Dans tous les cas elles sont analogues à celles que M. Roux a décrites sous le nom de *crises douloureuses prolongées des tabétiques*, nous en reparlerons plus loin.

Peu d'observations ont été publiées susceptibles de rentrer dans cette catégorie ; ce genre de

crises entéralgiques a été signalé par de rares auteurs, en particulier, M. Forster, mais c'est Duchenne (de Boulogne) qui en fit la première description. C'est dans son livre sur l'électrisation localisée que nous lisons les lignes suivantes : « J'ai vu aussi ces douleurs siéger dans les intestins, accompagnées quelquefois d'une véritable dysenterie, avec selles sanguinolentes... elles sont continues et deviennent atroces, avec exacerbation, et arrachant des cris aux malades ; l'hyperesthésie cutanée des parois abdominales les rendent plus intolérables... Cependant elles disparaissent tout à coup... cette disparition subite des viscéralgies et leur retour par rémittences peuvent être considérés en général comme un des signes probables de l'ataxie. »

Nous sommes persuadé que ces crises douloureuses abdominales avec expulsion de muco-membranes sont relativement fréquentes, mais le diagnostic d'entérocolite muco-membraneuse porté depuis longtemps chez ces malades tabétiques empêche de penser que ces crises répétées, intermittentes, sont peut-être bien souvent le fait du tabes. « J'ai pour ma part, dit M. Lœper, observé des crises répétées d'entérocolite muco-membraneuse, de durée souvent longue, chez une tabétique qui fit ultérieurement des troubles cérébraux et de la sclérose combinée de la moelle. Ces crises s'accompagnaient d'hyperesthésie de toute la paroi abdominale. Aucun traitement, aucun régime ne pouvait les prévenir. Il est à peine besoin de dire qu'elles n'étaient nulle-

ment en rapport avec des périodes de traitement spécifique que la malade ne faisait plus depuis de longues années. J'ajoute qu'elles étaient presque toujours accompagnées non de dysurie, mais d'oligurie très prononcée, et qu'elles furent suivies de périodes de constipation et de diarrhée rebelles. »

M. le professeur Debove, dans un article intitulé Tabes et chirurgie, signale les erreurs de diagnostic commises, et rapporte le cas d'un malade qui avait des accidents intestinaux graves caractérisés par des *douleurs atroces* et l'*expulsion de matières glaireuses.* Un chirurgien crut qu'il s'agissait d'accidents produits par une néphroptose et fixa le rein. Les accidents s'aggravèrent et le malade vint mourir cachectique dans le service de M. Debove; il avait un tabes évident.

M. J. Roux, dans l'observation d'une malade de la Salpêtrière, constata la présence, pendant toute une année, de violentes douleurs abdominales avec émission de glaires si abondantes qu'elle avait peine à les retenir, et de matières vrillées, calcinées et même de sang. Cette femme eut ultérieurement du ténesme rectal et des crises gastriques.

D'après une autre observation de M. Heitz, communiquée à M. Lœper, c'est par les mêmes symptômes que se traduisit la crise intestinale chez le malade. L'entérite muco-membraneuse se produisait assez fréquemment avec des paroxysmes douloureux vraiment épouvantables. Ce patient était habituelle-

ment constipé, mais avant d'être un tabétique avéré il n'avait présenté ni crises abdominales, ni entérite muco-membraneuse.

Il existe, ajoute M. Lœper, entre ces dernières manifestations de la crise intestinale du tabes, une analogie très grande avec ces entérites muco-membraneuses que Joffroy a signalées dans la paralysie générale et sans doute leur interprétation est identique.

Nous avons donc dans cette troisième variété, des symptômes particuliers qui permettent de la cataloguer. Comme dans les deux formes précédentes, la crise entéritique présente le signe constant, la douleur, douleur qui a les mêmes caractères de violence, de brusquerie, d'intermittence ; puis symptôme spécial et capital, l'état particulier des selles pendant et après la crise. Tantôt glaireuses avec des muco-membranes et quelques filets de sang comme chez la malade de notre observation, tantôt glaireuses aussi, mais avec des matières vrillées, calcinées entourées de fausses membranes comme chez la malade de M. J.-Ch. Roux, ce sont là les caractères particuliers des selles.

Outre ces deux principaux symptômes, nous trouvons ici encore comme précédemment pendant la crise une accélération du pouls, une oligurie plus ou moins marquée, une hyperesthésie assez fréquente, v. g. la malade de notre observation, et celui de M. Lœper, enfin l'absence de fièvre, de vomissements le plus souvent.

C'est le tableau de l'entérocolite muco-membraneuse avec crises : du reste au bout de quelque temps les malades présentent bientôt soit des alternatives de constipation et de diarrhée (cas de M. Lœper), soit de la constipation (malade de M. Heitz et la nôtre).

Crises fulgurantes intestinales. — Crises douloureuses prolongees

Nous avons déjà eu l'occasion au cours de la description des trois variétés de crises entéralgiques de faire observer que les crises étaient loin d'avoir les mêmes caractères identiques et en particulier la *même durée* et la *même intensité*.

Dans une de nos observations personnelles en particulier, et dans une de M. Pâl également, on a pu constater, précédant l'apparition des véritables crises intestinales, la présence de crises douloureuses abdominales très courtes, analogue aux douleurs fulgurantes. De plus nous avons déjà fait remarquer dans notre dernière observation, l'apparition à une période très avancée de la maladie de crises intestinales beaucoup moins violentes mais de durée beaucoup plus longue que les crises entéralgiques classiques. Elles constituent ce que M. Roux a appelé les *crises douloureuses prolongées*, tandis que les premières, M. Pâl, par comparaison avec les douleurs fulgurantes des membres, les a nommées

« crises fulgurantes abdominales ». Nous avons pensé que l'intérêt que ces deux formes de crises présentent méritait une description spéciale, aussi nous proposons-nous dans ce très court chapitre qui sera comme un appendice à la description générale des crises entéralgiques, de les décrire rapidement.

Crises fulgurantes intestinales

Certains malades tout au début du tabes éprouvent une douleur très vive, en éclair, qui peut siéger indistinctement, soit dans la région épigastrique, soit dans la région hypogastrique. Aussi en raison de ce siège de la douleur, qui est le même pour chaque malade, nous proposons de substituer à la dénomination de M. Pâl, *crises fulgurantes abdominales*, vague, ou plutôt, générale et partant moins précise, celle plus exacte et plus logique de *crises fulgurantes intestinales*, quand cette douleur fulgurante siège dans l'hypogastre et *crise fulgurante gastrique* quand elle siège au niveau de l'estomac.

La crise fulgurante intestinale que nous avons seule en vue ici joint donc à son intensité la caractéristique d'être de très courte durée ; c'est une douleur pongitive qui, comme chez la malade de notre observation dure quelques secondes, réapparaît quelques heures après et ainsi plusieurs fois dans la journée. Elle a absolument les caractères des douleurs fulgurantes des membres.

Elles sont encore intéressantes à connaître parce qu'elles sont l'annonce de véritables crises intestinales ; M. Pâl avait déjà noté cette particularité. « J'ai observé plusieurs fois, dit-il, et presque toujours à des stades tout à fait *précoces*, et dont j'ai remarqué l'omission dans les descriptions courantes, des douleurs fulgurantes siégeant, soit au creux épigastrique, soit dans l'hypogastre. Elles présentent un ensemble symptomatique de très courte durée, et *constituent un signe précurseur de crises plus importantes*. » Bien entendu, ces crises fulgurantes, qu'elles soient gastriques ou intestinales, ne sont accompagnées ni suivies d'aucun trouble fonctionnel, on n'observe ni diarrhée, ni vomissement.

Leur existence est toute naturelle, et leur explication pathogénique est évidemment la même que celle des douleurs fulgurantes des membres ; et, comme nous l'avons déjà dit, la particularité la plus intéressante qu'elles présentent, c'est qu'elles sont comme un signe avant-coureur de véritables crises intestinales, plus graves et beaucoup plus pénibles pour le malade. La malade de M. Pâl et la nôtre en sont un exemple frappant.

Crises prolongées ou obsédantes

La forme habituelle de la crise tabétique est son début brusque, sa courte durée, sa terminaison subite. Mais M. J. Roux a déjà signalé chez des

tabétiques des crises de longue durée qui se prolongent des semaines, tantôt sans trêve, tantôt avec d'imparfaites rémissions ; et ces crises anormales existeraient d'après lui surtout chez des malades atteints de troubles organiques, dyspepsie pour les crises gastriques, entérites, colites et entérocolites pour les crises intestinales.

Notre malade qui actuellement présente ces crises prolongées, nous dit elle-même qu'elles sont beaucoup moins douloureuses que les crises qu'elle avait précédemment et qui duraient de quelques heures à un jour au plus et ne survenaient que tous les trois ou quatre mois ; tandis que les douleurs actuelles sont permanentes, siégeant toujours dans le bas-ventre sous forme de coliques, plus accentuées le matin, et disparaissant vers le soir. C'est à peine si depuis plusieurs mois elle a eu quelques jours de calme absolu.

Ces coliques s'accompagnent presque toujours de ténesme rectal et de selles plus ou moins diarrhéiques avec quelques matières dures, entourées de fausses membranes qui quelquefois contiennent un peu de sang.

Bechtereff a lui aussi étudié ces crises entéralgiques prolongées, il les a appelées *obsédantes ;* d'après lui il s'agirait plutôt de malades provenant d'une famille neuropathique ou psychopathique, ou également, adoptant l'idée de M. Roux, de malades ayant un passé intestinal et présentant de l'entérite chronique ou de l'entérocolite.

Par un interrogatoire plus minutieux, nous aurions pu peut-être trouver des antécédents neuropathiques chez notre malade, elle était en effet assez nerveuse ; de plus du côté intestinal elle présentait une constipation chronique ; mais nous n'oserions conclure de ces simples constatations, qu'elles sont la cause des crises douloureuses prolongées qu'éprouve actuellement la malade ; ces crises sont peut-être tout simplement la conséquence de l'évolution du tabes.

Dans tous les cas le petit nombre de faits ne nous permet pas d'avoir une opinion précise sur leur interprétation, et de nouvelles observations seront nécessaires pour en compléter l'étude.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE SECONDAIRE

Nous venons de décrire les diverses formes de crises entéralgiques en insistant surtout sur les symptômes capitaux qui par eux-mêmes définissent et cataloguent chaque variété de crise ; mais autour de ces symptômes cardinaux, gravitent tout un cortège de symptômes secondaires qui achèvent de caractériser cliniquement les crises intestinales et dont quelques-uns présentent à différents titres une importance considérable.

Il y a des troubles de l'état général, des troubles fonctionnels dont les plus importants sont les *troubles circulatoires* et des *troubles de la sensibilité* de la *paroi abdominale*.

Nous consacrerons tout ce chapitre à l'étude de ces divers troubles et nous terminerons par quelques considérations très courtes sur la précocité, la durée et l'évolution des crises intestinales.

Pendant la crise, l'état général est plutôt mauvais ; le malade est abattu, anxieux, les traits altérés, indiquant une grande souffrance, le corps couvert de sueurs froides, mais il n'y a jamais de fièvre.

D'autres fois, dans les crises choléri formes, le malade profondément déshydraté présente de l'algidité, du refroidissement des extrémités, des crampes, c'est le véritable tableau du choléra. Après la crise le malade déprimé, très abattu, se laisse aller à un profond sommeil. Mais dans l'intervalle des crises il est bien portant et ne présente aucun trouble fonctionnel.

M. Pâl a signalé comme complications de la crise abdominale : le vertige, l'épilepsie, l'ictère même ; un des malades de M. Lœper éprouva à plusieurs reprises des sensations de vertige très pénibles et il eut, huit jours après sa crise, une véritable débâcle biliaire.

Dans une de nos observations, dans deux de celles de M. Lœper existait dans les selles une petite quantité de sang. Mais il ne s'agit pas ici d'hémorragie intestinale comme M. Lerat en a cité des exemples chez des tabétiques, c'était plutôt un suintement sanguinolent qui d'ailleurs n'apparaissait pas à chaque crise.

Les troubles urinaires sont pour ainsi dire constants ; l'oligurie est très fréquente ; il n'y a pas lieu de s'étonner de les trouver dans les grandes crises choléri formes, alors que les malades sont déshydratés, mais ils existent aussi dans les crises entéralgiques simples avec constipation ; chez tous nos malades et dans la plupart des observations que nous publions, ils sont signalés. D'après M. Lœper, « l'oligurie paraît être la conséquence d'une irrita-

tion parallèle des plexus rénaux et urétéraux. La dysurie marque parfois la fin de la crise, elle traduit, elle aussi, une excitation des filets abdominaux et pelviens ».

Les vomissements sont ici très inconstants, et quand ils existent, ils ne sont jamais primitifs et sont très peu abondants. Ils ne constituent dans la crise intestinale qu'un symptôme accessoire alors qu'ils font partie de la triade symptomatique dans la crise gastrique.

M. Babinski, lors d'une discussion à la Société de Biologie en 1903, disait qu'il avait rarement observé complet le signe d'Argyll-Robertson tel que cet auteur l'a décrit, à savoir : abolition du réflexe à la lumière avec myosis, conservation des mouvements de convergence, et il ajoutait que notamment dans les crises gastriques il avait observé de la mydriase. Nous avons nous aussi rencontré plusieurs fois, en particulier chez le malade de notre observation VII, une mydriase double très marquée, et M. Babinski se demandait si c'était une coïncidence fortuite ou s'il y avait là au contraire une relation d'ordre anatomique.

Enfin, d'après M. Ch. Mantoux, le signe d'Argyll généralement considéré comme un symptôme immuable de tabes peut présenter de grandes variations. Erb l'avait déjà noté. La durée des intermittences est très variable, et M. Mantoux ajoute que l'apparition et la disparition des troubles pupillaires pourraient être liées à celles des crises tabétiques.

Mais nous possédons trop peu d'observations positives pour nous permettre d'avoir une opinion précise sur cette question.

Les troubles produits par la crise dans le système circulatoire sont beaucoup plus importants que les précédents. MM. Pâl, Heitz et Norero les ont beaucoup étudiés. Dans quelques-unes des grandes crises de la malade de M. Pâl (obs. IV), on put constater avec évidence une importante dilatation du cœur ; dans ces conditions la fréquence des contractions atteignait un chiffre très élevé.

Les crises gastriques et entéralgiques s'accompagnent toujours d'accélération du pouls, contrairement à ce qui se passe dans les crises des saturnins et des lithiasiques. Cette accélération a été notée dans les observations de M. Pâl, de M. Heitz, de M. Lœper et dans les nôtres, elle varie en général de 80 à 110 et 120. M. Pâl signale même une malade chez laquelle la tachycardie survenait par crise dès la cessation des troubles abdominaux.

La pression sanguine est très variable, elle est en rapport avec la violence des crises ; dans la majorité des cas elle est très élevée ; 15, 18, 20, 22 centimètres. M. Pâl prétend que l'augmentation de pression a avec les phénomènes douloureux un rapport non seulement de coexistence, mais un rapport causal.

D'après lui, dans toute crise nettement constatée l'augmentation de pression existe et se trouve dans un rapport sinon absolu, du moins toujours frappant,

toutes choses égales d'ailleurs, avec l'importance de la crise. L'élévation de pression correspondrait en général à l'intensité de la douleur. MM. Heitz et Norero, discutant sur la valeur pathogénique de cette hypertension, prétendent à leur tour que toute crise tabétique est associée à une crise vaso-constrictive, vraisemblablement secondaire à la douleur.

Cette douleur provoquée par une irritation paroxystique des racines postérieures s'accompagne de phénomènes réflexes localisés dans le même territoire radiculaire ; les uns moteurs (vomissements, constipation, diarrhée), les autres vaso-constricteurs (hypertension). Cette hypertension manque dans les crises frustes où la douleur est peu marquée ou absente comme dans les crises diarrhéiques sans douleur.

Cette crise vaso-constrictive très nette, chez les tabétiques au début de la maladie, s'efface et peut manquer chez les vieux tabétiques, par suite du progrès des lésions radiculaires, et surtout s'ils sont en état habituel d'hypertension. Bref, l'hypertension existe et représente, dit M. Lœper, « un des attributs les plus curieux des crises abdominales comme de la plupart des crises gastriques ».

La respiration est aussi influencée par les crises : M. Pâl, dans une de ses observations, et nous-même dans notre observation VII, avons noté une certaine dyspnée qui était peu grande quand les crises étaient d'intensité moyenne ; mais dans les crises graves

M. Pâl a observé un ralentissement très marqué et même un arrêt de la respiration avec cyanose, et cet état pénible existerait surtout quand on injecte de la morphine à l'acmé de la crise. « J'ai déjà, dit-il, dans ma communication sur ce sujet, brièvement rapporté cette constatation ; ce phénomène ne se produit pas en général à la phase initiale d'action de la morphine, mais d'une manière tardive et quelquefois d'une façon tout à fait inattendue, plusieurs heures après l'injection, comme si le centre respiratoire n'était plus excitable. » Lœb de Strasbourg a publié une observation où il signale un fait semblable, et lui-même cite un autre cas de Naunyn. Chez la plupart de nos malades nous avons seulement observé une dyspnée plus ou moins accusée suivant l'intensité des phénomènes douloureux.

Les troubles de la sensibilité de la paroi abdominale sont très fréquents. M. Pâl insiste sur la fréquence de l'hyperesthésie. M. Heitz, d'après ses recherches sur 67 tabétiques, constate que l'anesthésie de la région thoracique coïncide presque toujours avec l'existence de crises gastriques; dans ces cas l'anesthésie cutanée s'étend en haut jusqu'au territoire du IV^{e} et V^{e} métamère dorsal, rarement jusqu'au VIII^{e} cervical, et la limite inférieure répond en général à une ligne passant à égale distance entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic. Au cours d'une crise intestinale sans participation de l'estomac, l'anesthésie occupa le ventre au lieu du thorax (zone de la VII^{e} à la VIII^{e} dorsale). « Ces faits,

dit M. Heitz, sont superposables aux phénomènes décrits par Head : territoires hyperesthésiques cutanés au cours des affections douloureuses de l'estomac et de l'intestin. Il semble dans le cas de tabes qu'une action pathologique agissant sur les racines (inflammation, imprégnation par une toxine) provoque simultanément la crise douloureuse dans le viscère et l'anesthésie dans le territoire cutané. »

La crise terminée, ces anesthésies disparaissent tout à fait, d'après M. Heitz, mais seulement quand le tabes est encore *à son début*. Plus tard il se produit un certain degré d'hypoesthésie plus prononcée au tact qu'à la douleur. Les sujets qui n'ont jamais eu de crises intestinales n'offrent pas en général d'anesthésie de la région abdominale. « D'où, conclut M. Heitz, voilà un autre élément de diagnostic entre les crises entéralgiques tabétiques et d'autres crises de douleurs abdominales similaires : c'est l'exploration de la sensibilité de la région abdominale. »

Nous avons, nous aussi, constaté de sérieux troubles de la sensibilité abdominale chez deux de nos malades.

Le malade de notre observation VII nous dit que pendant la crise son ventre est insensible superficiellement ; actuellement il présente d'une façon constante un degré d'hypoesthésie assez accusé dans la région abdominale et thoracique inférieure. La malade de notre dernière observation accuse au contraire, pendant la crise, une grande sensibilité de la paroi abdominale, elle pouvait à peine supporter

le contact des vêtements et des draps ; maintenant elle présente nettement un retard dans la perception du tact dans toute la région abdominale comprise entre l'ombilic et le pubis. De même les deux malades de M. Lœper présentaient de sérieux troubles de la sensibilité.

MM. Egger, Heitz et Lortat-Jacob ont fait remarquer que ces troubles de la sensibilité pouvaient présenter des intermittences, se modifier et disparaître non seulement d'un instant à l'autre, mais même au cours d'un examen. D'après ces auteurs, parmi les causes qui commanderaient ces intermittences, l'apparition ou la disparition des crises gastriques ou intestinales sont certainement une des plus importantes.

Il peut aussi exister des troubles accusés de la sensibilité profonde des viscères abdominaux, sièges des crises ; au bout d'un certain temps, l'anesthésie peut être si complète que les affections similaires de l'abdomen, telles que la péritonite et l'appendicite peuvent apparaître et évoluer sans jamais présenter la douleur spontanée, la douleur à la pression, ni la défense musculaire. C'est un auteur américain qui a signalé ces faits intéressants, Lewis-A. Conner ; il a rapporté un cas d'appendicite avec perforation terminée par la mort et qui évolua sans symptômes caractéristiques.

La crise intestinale telle que nous venons de la décrire survient en général sans prodromes, surprenant le malade au milieu de ses occupations, en

voyage (obs. VI) si le tabes n'est pas très avancé et permet au malade de travailler ; mais on ne peut jamais trouver aucune cause alimentaire ou autre qui puisse expliquer la production de la crise ; comme nous venons de le dire elle surprend le malade, il ne la sent pas venir en général. Toutefois chez le malade de l'observation VII elle était précédée de certains symptômes avertisseurs, tels que quelques nausées, un peu de vertige, une sensation de malaise, mais en général tout cela était très court et bien souvent n'existait pas.

A quelle époque du tabes apparaît en général la crise entéralgique ? Si parfois elle est le premier gros symptôme qui met le malade en éveil et le fait consulter un médecin, elle n'est jamais la première en date comme manifestation du tabes. En effet, à l'examen, on trouve toujours un tabes confirmé par des signes objectifs et même des signes subjectifs tels que les douleurs fulgurantes mais qui n'inquiétaient pas outre mesure le malade et souvent un degré plus ou moins avancé d'ataxie. « Ce n'est donc pas, dit M. Lœper, pas plus que la crise gastrique, un accident de ce que l'on a un peu artificiellement appelé la période préataxique. »

Le sexe ne joue, semble-t-il, qu'une importance secondaire, d'après l'ensemble des observations que nous avons votées il y a 14 hommes et 10 femmes.

La crise a une durée très variable, suivant les malades et chez le même malade suivant chaque crise ; elle dure en général sept, dix, vingt, et même

vingt-quatre heures. Elle se reproduit plusieurs fois dans la même journée et même plusieurs jours de suite ; au début les crises réapparaissent en général tous les trois,quatre, cinq et six mois, mais à mesure que la maladie progresse elles deviennent plus fréquentes et surviennent alors tous les quatre, cinq et six semaines ; il y a même des cas où elles se reproduisent plusieurs fois par semaine.Toutefois,il existe des observations où la crise a été unique.

Quant à la date d'apparition des crises, nous ne pouvons pas ne pas signaler un fait qui nous a frappé et que nous avons noté dans quelques-unes de nos observations, notre dernière en particulier. C'est la relation qui dans ces observations existait entre la menstruation et l'apparition des crises.

Chez la malade de notre dernière observation, les crises ne sont apparues qu'après la suppression des règles, et coïncidence signalée par la malade elle-même, elles survenaient toujours vers le 20 du mois, date des règles disparues, M. Pâl dans l'observation dont nous publions un résumé (obs.IV) a fait remarquer des phénomènes analogues. Sa malade fut un an et demi sans avoir ses règles, elle eut pendant toute cette époque des crises abdominales très graves ; la menstruation réétablie,les crises devinrent beaucoup moins violentes. « Aussi, dit-il, certains phénomènes physiologiques en influençant la pression sanguine comme l'absence ou l'existence des règles, peuvent exercer une action heureuse sur les crises. Ainsi chez les femmes tabétiques, l'appari-

tion d'une abondante hémorragie menstruelle peut faire cesser la crise abdominale. » Il ajoute qu'il a fait cette constatation chez plusieurs de ses malades. Quelle que soit la valeur pathogénique de cette relation, elle existe et elle nous a paru assez intéressante à signaler. D'ailleurs M. J. Roux a également enregistré ces relations entre la menstruation et les crises gastriques.

La crise entéralgique peut exister seule, mais en général elle est précédée ou suivie de manifestations gastriques ou rectales ou de crises diarrhéiques, nous en avons la preuve par le malade de notre observation VII ; les malades de M. Pâl, de MM. Roux, Heitz et de M. Lœper en sont d'autres exemples puisque l'on voit survenir chez eux avant ou après la crise intestinale, des phénomènes gastriques, des crises rectales, de l'incontinence, etc. De plus, la malade de notre dernière observation, celle de M. Pâl, nous montrent qu'à la fin les crises sont de moins en moins violentes, et cela en raison probablement de l'atteinte profonde des nerfs sensitifs qui ne réagissent plus, ou moins bien, à l'excitation due, soit à un phénomène vaso-moteur selon M. Pâl, soit à une toxine, soit plutôt à une simple irritation pathologique. Cette diminution progressive dans l'intensité des crises est évidemment liée à la destruction des fibres nerveuses des racines postérieures.

Fréquence de la crise intestinale

Dans notre description précédente nous n'avons envisagé que la crise intestinale nettement caractérisée et sur l'individualité de laquelle il ne peut rester aucun doute. Les neurologistes qui se sont un peu occupés de la question : Charcot, Vulpian, MM. Fournier, Déjerine, Pierre Marie, concluent à leur grande rareté. Il est certain en effet qu'elles sont beaucoup moins fréquentes que les crises gastriques ; le faible nombre d'observation que nous avons pu recueillir malgré nos recherches en est la meilleure preuve, M. Touche sur 40 tabétiques qu'il a étudié au point de vue des crises laryngées a seulement rencontré 3 cas de crises intestinales. M. Ewald a constaté une crise intestinale pour vingt autres crises viscérales diverses, gastriques, rectales, laryngées, nasales. MM. Byron Bramwell et J. Collins ont fait une analyse très détaillée et très consciencieuse, le premier de 203, le second de 140 cas de tabes au point de vue symptomatique. C'est sur leur étude que nous allons nous baser pour établir un tableau statistique qui nous indiquera assez exactement la fréquence et le pourcentage des crises intestinales par comparaison avec les autres crises viscérales.

Dans les 263 cas de M. Bramwell, les crises viscérales de quelque nature que ce soit furent constatées dans 35 cas. soit 13 o/o ; elle manquaient donc dans

228 cas, soit 86, 7 o/o. Mais sur les 263 cas aucune crise viscérale ne fut mentionnée spécialement dans 41 cas. Par conséquent, nous ne devrons conserver que les 222 cas restant, où elles furent notées : ce qui fait 35 cas avec crises viscérales soit 15,7 o/o et 187 cas sans crises viscérales soit 84,3 o/o.

La nature des crises était dans l'ordre suivant :

a)	crises gastriques.....	20 cas
b)	— rectales.....	4 —
c)	— laryngées.....	3 —
d)	— *intestinales*.....	2 —
e)	— sexuelles.....	2 —
f)	— gastriques et nasales...	1 —
g)	— gast. rect. et vésic...	1 —
h)	— gastriques *et intestinales*	1 —
i)	— gast. *intest.* et vésic....	1 —
j)	— gast. rect. et laryn.....	1 —

Par ce fait le total des différentes sortes de crises soit seules, soit associées à d'autres crises était dans l'ordre suivant :

a)	crises gastriques.....	25 cas
b)	— rectales.....	6 —
c)	— *intestinales*.....	4 —
d)	— laryngées.....	4 —
e)	— vésicales.....	2 —
f)	— sexuelles.....	1 —
g)	— nasales.....	1 —

Sur les 140 cas de tabes étudiés par M. J. Collins il y eut 20 cas avec crises viscérales soit 14,3 o/o.

La fréquence par organe était dans l'ordre suivant :

a) crises gastriques..... 11 cas
b) — rectales..... 4 —
c) — laryngées..... 4 —
d) — *intestinales*..... 1 —
e) — laryngées et pharyngées.. 1 —
f) — gastriques et *intestinales*.. 1 —

D'après tout ce qui précède, nous pouvons établir le tableau suivant qui nous indiquera d'une façon assez précise la fréquence de chaque crise viscérale et en particulier celle de la crise intestinale.

Nous divisons le tableau en deux parties, la première ne contient que les crises viscérales isolées, non associées, la seconde est consacrée au total de chaque genre de crises viscérales associées ou non.

		D'après Bramwell sur 222 cas de tabes	D'après Collins sur 140	Total = 362	Pourcentage
Crises non-associées	Crises gastriques..	20 cas	11 cas soit	31 cas	8,5 o/o
	— rectales.....	4 —	4 — —	8 —	2,2 o/o
	— laryngées..	3 —	2 — —	5 —	1,3 o/o
	— *intestinales*	2 —	1 — —	3 —	0,8 o/o
	— sexuelles....	1 —	—	1 —	0,2 o/o
	Total.....	30 cas	18 cas soit	48 cas =	13,2 o/o
Crises associées ou non	Crises gastriques..	25 cas	12 cas soit	37 cas	10,2 o/o
	— rectales....	6 —	4 — —	10 —	2,7 o/o
	— laryngées..	4 —	3 — —	7 —	1,9 o/o
	— *intestinales*	4 —	2 — —	6 —	1,6 o/o
	— vésicales...	2 —	—	2 —	0,5 o/o
	— nasales.....	1 —	—	1 —	0,2 o/o
	— sexuelles...	1 —	—	1 —	0,2 o/o
	Total.....	43 cas	21 cas soit	64 cas =	17,6 o/o

De ce tableau nous pouvons déduire la rareté relative des crises intestinales : d'après lui, elles seraient soit seules soit associées dans la proportion de 1,6 o/o, c'est-à-dire que sur 100 tabétiques elles existeraient de une à deux fois comme moyenne. Certes, quand on songe au grand nombre de tabétiques qui encombrent les hôpitaux de maladies nerveuses et qui se présentent chaque jour aux consultations diverses, il n'est pas encore très difficile quand on examine les malades de très près, d'arriver à découvrir des sujets qui présentent des crises intestinales. Ce tableau nous montre ce que nous savions déjà, à savoir que ce sont les crises gastriques qui sont de beaucoup les plus fréquentes, puis par ordre, les crises rectales, laryngées et intestinales ; les crises vésicales, d'après cette statistique, ne seraient jamais isolées mais toujours associées à d'autres crises ; enfin, les crises nasales et sexuelles seraient les plus rares. Et contrairement à ce que croyait Vulpian et beaucoup d'auteurs après lui, la crises intestinale existerait assez souvent isolée (3 fois sur 6).

Ce chiffre de 1,6 o/o n'est certainement pas trop élevé, nous sommes presque persuadé qu'il est au contraire au-dessous de la vérité. Car MM. Bramwell et Collins, comme bien d'autres auteurs, n'ont guère catalogué crises intestinales que celles où les malades accusaient une douleur nettement hypogastrique accompagnée soit d'une diarrhée abon-

dante soit d'une constipation sévère, mais sans aucun vomissement.

« Mais, comme dit M. Lœper, si l'on refuse la qualification d'intestinale à toute crise viscérale au cours de laquelle survient un vomissement, il est indéniable que la crise intestinale est absolument exceptionnelle ; au contraire, si, dans les quelques cas où prédominent nettement les troubles intestinaux, on considère le vomissement comme un accident secondaire et surajouté, absolument insuffisant à la caractériser cliniquement, la crise intestinale devient singulièrement moins rare, et un certain nombre de crises, jusqu'ici étiquetées gastriques, deviennent des crises intestinales indéniables. C'est ainsi que dans les 18 observations de crises abdominales rapportées par M. Pâl, 5 au moins doivent être classées plutôt parmi les crises intestinales que parmi les crises abdominales. »

Il semble donc évident que la crise intestinale doit être séparée de la crise gastrique et qu'elle mérite une description spéciale comme cette dernière ; malgré quelques symptômes analogues comme la douleur, même communs parfois comme le vomissement, elle a par elle-même une symptomatologie si spéciale que nous ne voyons pas pourquoi elle n'aurait pas droit de cité parmi les crises viscérales du tabes. « L'entéralgie tabétique, dit M. Lœper, est, au point de vue clinique tout au moins, nettement différenciée, elle est aussi distincte de la crise d'estomac qu'elle l'est du ténesme rectal accompagnée ou nom de dysurie ou de myxorrhée. »

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Quand les crises intestinales surviennent au début de l'affection tabétique et que les gros signes du tabes sont encore absents, ou, quand les crises ne se présentent pas avec des manifestations évidentes, elles sont bien rarement diagnostiquées. Cependant le diagnostic doit être fait, car les conséquences de l'absence ou de l'erreur de diagnostic peuvent être très funestes pour le malade ; d'abord il ne sera pas soumis à un traitement approprié qui peut être parfois efficace, administré précocement, c'est un moindre mal ; mais si l'erreur de diagnostic entraîne une intervention chirurgicale, ce qui est arrivé maintes fois, comme nous le verrons tout à l'heure, la faute est encore plus grave, car il est admis en général que toute opération, même tout traumatisme chez un tabétique est sinon dangereux, du moins nuisible, dans tous les cas toujours inutile, et accélère l'évolution du tabes.

Nous allons citer plusieurs erreurs de diagnostic rapportées par les auteurs qui prouveront d'une façon évidente ce que nous venons de dire.

M. Collins rapporte l'observation d'un malade tabétique qui présentait des crises de douleurs abdominales suivies soit de diarrhée, soit de vomissements et qui fut soigné très longtemps pour un rétrécissement de l'œsophage. M. Saint-Genois de Grand-Breucq dans sa thèse cite plusieurs erreurs de diagnostic qui furent ainsi commises et entraînèrent des opérations. Entre autres il cite une observation vraiment curieuse due à M. Debove. Il s'agissait d'un malade tabétique ayant des crises gastriques qui fut considéré comme atteint successivement d'appendicite, de kyste hydatique du foie, de lithiase biliaire et de rein mobile, ce qui lui valut trois opérations. Il en est de même des crises intestinales surtout quand il s'agit de la forme entéralgique simple avec douleur, constipation et parfois vomissements ; alors il est aisé de la confondre avec de l'entéronévrose banale, ou une occlusion intestinale, une appendicite ou une colique néphrétique.

MM. Dufour et Cottenot rapportent le cas d'un malade opéré d'appendicite au cours d'une crise d'entéralgie tabétique. Évidemment le malade continua dans la suite à souffrir comme avant son opération, aussi concluent-ils : « Quand on est chirurgien, il faut toujours se méfier des algies abdominales et ne pas oublier de *scruter* l'état du système nerveux. »

Nous avons déjà eu occasion de parler d'un malade, tabétique manifeste, qui vint mourir cachectique dans le service de M. le professeur Debove ; ayant présenté des douleurs atroces dans l'abdomen avec

expulsion de matières glaireuses (crise entéritique), un chirurgien avait cru qu'il s'agissait de crises douloureuses de rein mobile et l'avait opéré quelque temps auparavant.

Nous rappellerons que le malade de notre observation VII a subi lui aussi une gastro-entérostomie, qui malgré ce qu'avait cru les opérateurs ne fut suivie d'aucun bon résultat, elle semble plutôt, comme nous l'avons montré, avoir hâté l'évolution de la maladie.

Toutes ces erreurs de diagnostic ne seront pas faites si l'on a soin d'examiner, de *scruter*, disent MM. Dufour et Cottenot, l'état du système nerveux de chaque malade; mais l'analyse de chacun des symptômes peut aussi guider dans la voie du diagnostic.

Ainsi dans l'occlusion intestinale à première vue l'aspect est analogue; les trois gros symptômes : douleurs, constipation, vomissements, parfois ballonnement du ventre, peuvent dans certains cas être les mêmes.

Dans la crise entéralgique simple, il y a en effet arrêt absolu des gaz et des matières comme dans l'occlusion intestinale, mais la douleur n'a pas les mêmes caractères; dans l'entéralgie tabétique elle a les caractères de brusquerie, d'intermittence, de disparition subite qui n'existent pas dans l'occlusion.

Les vomissements diffèrent également, très souvent absents dans la crise entéralgique et quand ils

existent, ils sont peu abondants et ne constituent qu'un symptôme secondaire. Au contraire, dans l'occlusion, ils sont très abondants, et ne tardent pas à devenir fécaloïdes; enfin ici le malade a bientôt le facies péritonéal, le pouls petit, filant, incomptable et de l'hyperthermie, alors que dans la crise intestinale il y a absence de fièvre et intégrité relative de l'état général.

L'appendicite, qui, à mesure qu'on l'étudie et qu'on la connaît mieux, se trouve à l'origine de quantité de manifestations abdominales non étiquetées jusqu'ici, peut être aisément confondue avec les douleurs abdominales de la crise tabétique. Nous trouvons également ici beaucoup de signes communs : douleur, constipation, vomissements, abattement; mais chacun de ces symptômes est différent toutefois à une étude attentive. Dans l'appendicite le siège maximum de la douleur est au foyer appendiculaire, la palpation peut révéler l'existence d'un plastron plus ou moins étendu; il y a un pouls accéléré, de la température; tous ces signes sont différents ou n'existent pas dans la crise entéralgique. Enfin, ici comme pour l'occlusion intestinale d'ailleurs, le diagnostic s'il est hésitant sera éclairci par un examen minutieux du système nerveux, sans oublier l'analyse du liquide céphalo-rachidien qui révèlera l'absence ou l'existence d'une lymphocytose.

L'erreur inverse, c'est-à-dire celle qui consiste à attribuer au tabes des manifestations surajoutées indépendantes est également possible. Il peut en effet

exister de la dyspepsie gastrique avec des crises de diarrhée banale ; certains médicaments tels que l'iodure de potassium, l'arsenic, le mercure peuvent provoquer des entérites chez les tabétiques, de même la tuberculose intestinale. La morphine même, d'un usage prolongé, peut, d'après Ostankoff, provoquer chez les tabétiques de vraies crises intestinales ou gastriques avec élévation de température et rétention d'urine.

Il existerait aussi, d'après Mme Waincop, des crises entéralgiques comme des crises gastriques en dehors du tabes, dans le cas de sclérose en plaques, et dans l'hystérie. Leyden les a décrites sous le nom de *crises gastriques essentielles.*

Mises en doute jusqu'à ce jour, la clinique seule ne permet pas d'en faire le diagnostic ; il faut le secours de l'anatomie pathologique.

Enfin M. J. Abadie a décrit des crises douloureuses de faux accouchement chez une tabétique, qui ne seront pas confondues avec des crises entéralgiques ; elles ont d'ailleurs une symptomatologie bien spéciale.

Dans un autre ordre d'idées, on peut observer des troubles intestinaux prolongés qui simulent des accidents pseudo-tabétiques. M. Denhaene rapporte une curieuse observation d'une helminthiase avec diarrhée et douleurs abdominales, phénomènes nerveux et pupillaires, qui, jusqu'à l'expulsion du ver et la cessation des accidents, fut considérée comme une crise intestinale tabétique.

Tout ce qui précède commande au médecin, qui se trouve en face de crises douloureuses abdominales, de bien analyser chaque symptôme en particulier, de faire un examen complet du malade, de mettre en œuvre tous les procédés de diagnostic, sans négliger ceux que le laboratoire a mis à notre disposition ; et ainsi il aura toutes les chances de dépister le tabes s'il existe et de faire un diagnostic exact.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne savons pas si la crise intestinale, comme certaines crises nerveuses, s'accompagne de troubles secrétoires importants de l'intestin et des glandes annexes, décelables par l'examen coprologique, et cependant il serait intéressant de le savoir. Les crises laissent-elles après elles une irritation temporaire ou permanente de la muqueuse intestinale ou des lésions véritables ? c'est fort peu probable, si l'on s'en rapporte à quelques autopsies pratiquées chez des malades de ce genre. « Mais, dit M. Lœper, en ce qui concerne le fonctionnement intime du tube digestif, aucun examen un peu complet n'a encore été fait, et en dehors de quelques rares et peu probantes ulcérations trophiques signalées par Grauber, nous ne connaissons rien de l'état anatomique de l'intestin tabétique. D'ailleurs la crise intestinale comme la crise gastrique est au premier chef une crise nerveuse et c'est dans le système nerveux abdominal que l'on doit en chercher la cause.» Tandis que l'estomac reçoit son innervation de l'étage supérieur du plexus solaire, l'intestin la reçoit de l'étage infé-

rieur du même plexus pour l'intestin grêle et le côlon droit (exactement des ganglions mésentériques supérieur et réno-aortique) et du plexus mésentérique inférieur ou lombo-aortique pour le côlon gauche.

Les lésions des plexus mésentériques supérieur et inférieur et de leurs rameaux efférents et afférents n'expliquent pas la périodicité des crises. M. Ewald prétend qu'une excitation spéciale doit cependant exister comme dans les accès épileptiques, aussi d'après lui il est vraisemblable d'admettre une sorte d'auto-intoxication, caractérisée par la présence d'une toxine ou d'une substance chimique qui n'aurait pas d'influence sur les nerfs normaux, mais qui produirait une irritation des nerfs dont l'intégrité des neurones serait altérée. « On s'explique la fréquence croissante des crises avec la dégénérescence des éléments nerveux. Les crises épuisent cette toxine ; et les crises cessent précisément par épuisement de la toxine ou tout au moins les nerfs fatigués ne répondent plus à cette excitation d'ordre chimique. »

Cette pathogénie d'Ewald n'est pas admise, comme nous le verrons, par tous les auteurs.

M. Laignel-Lavastine par l'excitation ou la section des filets nerveux qui se rendent aux plexus mésentériques supérieur et inférieur et en émanent, a réalisé expérimentalement ce qu'il appelle « le syndrome solaire aigu d'excitation », caractérisé par de la douleur, de la constipation, de l'hypertension

artérielle ; il a aussi réalisé d'autres syndromes solaires présentant comme symptômes, cette fois, de la diarrhée, des urines rares, une accélération du pouls. Le premier syndrome semble correspondre assez bien à la crise entéralgique simple, à la colique saturnine, et le dernier à la crise cholériforme. Aussi il a conclu de ses expériences que la colique saturnine a une origine solaire, ou du moins prédominance d'un élément solaire ; la crise intestinale avec ses variétés pourrait s'expliquer se cette façon.

Mais M. Pâl n'admet pas cette pathogénie ; d'après lui les crises abdominales ne sont pas dues à une excitation primitive des plexus solaires, mais le facteur initial réside dans des processus vasomoteurs. Il s'appuie sur le fait que les crises tabétiques sont toujours précédées d'une augmentation quelquefois considérable de la tension artérielle, augmentation sensiblement identique pour toutes les crises chez le même sujet. Quand on abaisse artificiellement la tension, les douleurs disparaissent aussi longtemps que cet abaissement persiste. Ces différents faits tendent à prouver que les crises abdominales des tabétiques sont liées à des crises vasculaires de nature vaso-constrictive, qui provoquent des phénomènes douloureux dans les organes qui dépendent des plexus solaires.

Cette pathogénie de M. Pâl ne semble pas être très exacte. En effet, tout d'abord la lecture de ses observations n'est pas absolument convaincante, et cette vaso-constriction n'est pas la genèse de la crise

mais tout simplement un phénomène qui l'accompagne. « L'hypertension de la crise intestinale, dit M. Lœper, est un phénomène parallèle ; il n'est pas impossible d'admettre qu'elle aggrave les phénomènes abdominaux, mais nous avons peine à lui attribuer le rôle primordial et à reconnaître en elle la cause de tous les accidents observés. » Cette opinion a d'ailleurs été admise récemment par M. Curshmann et MM. Heitz et Norero.

D'après un travail de MM. Tria et Landolphi sur la pathogénie des crises tabétiques, paru tout dernièrement, la crise intestinale serait un phénomène réflexe dont le point de départ varie de tabétique à tabétique et chez un même malade avec la période d'évolution de la maladie. Ces auteurs s'appuient sur le fait que le caractère fondamental des crises est d'allure paroxystique. « On ne saurait, disent-ils, pour expliquer les crises, invoquer exclusivement l'hypersécrétion (Sahli), une altération du sympathique (Roux) ou du vague (Buzzard), dire qu'il s'agit d'une névrose motrice de l'estomac ou de l'intestin (Sansoni), c'est poser le problème sans le résoudre ; aussi la crise tabétique est-elle plutôt un syndrome complexe fondamentalement d'origine réflexe et qui dépend d'un ensemble de troubles sécrétoires, moteurs et sensitifs. »

Quelle que soit la pathogénie véritable des crises intestinales, il y a un fait certain, c'est l'existence des lésions du sympathique digestif qui contient des rameaux émanés des racines rachidiennes, ce sont

précisément les fibres fines de ces rameaux, reconnaissables facilement à l'examen microscopique et dont les travaux de MM. Graupner, Langley et Roux ont démontré l'origine radiculaire, qui sont lésées, dégénérées chez les tabétiques.

On peut dire avec M. Lœper que « c'est à leur irritation pathologique que l'on doit attribuer dans le tabes les crises entéralgiques que nous avons décrites. Les troubles abdominaux apparaissent donc comme des crises radiculaires abdominales, et de même qu'on attribue la crise gastrique à la lésion des racines dorsales de la IV^e^ à la VII^e^, qui se perdent dans le plexus solaire supérieur, on doit attribuer les crises intestinales à la lésion des racines dorsales de la VIII^e^ à la XII^e^ et des deux premières lombaires qui se perdent dans le plexus solaire inférieur et dans le plexus lombo-aortique ».

L'hyperesthésie ou l'anesthésie de la paroi abdominale, constatée pendant les crises, et aussi l'anesthésie s'installant d'une façon définitive à la fin des tabes, s'expliquent également par l'altération des fibres radiculaires.

La paroi abdominale en effet est innervée par les branches superficielles des mêmes racines radiculaires, aussi les troubles sensitifs de cette paroi pourront être observés pendant la crise. « La crise intestinale, dit M. Lœper, se traduira donc sur la paroi sous forme d'une anesthésie ou d'une hyperesthésie, limitée au territoire des dernières dorsales ou même

généralisée à tout l'abdomen, y compris la région sus-pubienne.

» La généralisation habituelle de ces lésions à la presque totalité du système sympathique explique comment la crise intestinale est si fréquemment précédée ou suivie de crises gastriques ou rectales (observation VI) ; la synergie physiologique de tous les appareils nerveux de l'abdomen et la rapidité avec laquelle se transmet une excitation d'un étage nerveux à l'autre, permettent également de comprendre l'apparition de quelques symptômes gastriques (vomissements), bulbaires ou même cérébraux, au cours des crises intestinales. » A ce sujet la malade de l'observation IV, présenta au début, des crises qui s'accompagnaient de vertiges, de perte de connaissance, de convulsions généralisées, mais il n'est pas nécessaire de vouloir en attribuer la cause, comme M. Pâl, à une hypertension artérielle, pas plus que de chercher à expliquer l'angoisse, la dyspnée, les troubles oculaires, l'épilepsie même par des lésions du vague terminal (Cache), ou du bulbe et des corps restiformes (Déjérine et Landousy, Sainton et Labbé etc.), lésions d'ailleurs inconstantes et exceptionnelles.

Aussi dirons-nous avec M. Lœper que « la crise intestinale est une crise fulgurante de cette partie des racines postérieures, qui se perd dans le système sympathique de l'intestin. »

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Nous nous proposons dans ce dernier chapitre de passer en revue les divers traitements spécifiques tentés par les divers auteurs contre les crises gastriques et par analogie intestinales ; leur nombre est bien grand comme celui des affections dont on ignore exactement la cause, et la plupart ne donnent guère de résultat ; nous dirons enfin quelques mots des interventions chirurgicales auxquelles se prêtent volontiers les malades en désespoir de cause, interventions peu encourageantes jusqu'ici, il faut l'avouer.

Le traitement mercuriel peut et doit être tenté tout d'abord, surtout s'il s'agit d'un tabes peu avancé dans son évolution ; plusieurs auteurs le préconisent et l'instituent. Il a sa raison d'être et donne des bons résultats au cours des manifestations gastriques et quand les crises intestinales traduisent un processus d'inflammation subaiguë des racines rachidiennes. M. Lœper a eu une amélioration notable dans 2 cas. « Mais, dit-il, les cas probants sont trop peu nombreux pour entraîner la conviction et il suffit que le traitement spécifique ait parfois provoqué des acci-

dents fâcheux pour que l'on soit tout au moins réservé dans son application. »

Si l'on admet avec Ewald et quelques autres que les crises intesiinales sont le fait d'une auto-intoxication, c'est-à-dire la conséquence de l'imprégnation par une toxine des filets nerveux lésés du sympathique digestif, pour lesquels cette toxine a des affinités spéciales; il est logique de leur opposer un traitement basé sur cette conception. Ainsi Heym, qui considère le tabes et tous ses accidents comme une auto-intoxication du liquide céphalo-rachidien, fait à ses malades des injections de cacodylate dans l'espace sous-arachnoïdien. Dans 12 cas cités par lui il aurait obtenu la sédation des crises douloureuses et dans quelques-uns la disparition d'un début d'ataxie.

Nous avons dit dans le chapitre précédent ce qu'il fallait penser de la conception pathogénique de M. Pâl au sujet des crises intestinales. La douleur étant produite d'après lui par la vasoconstriction des vaisseaux abdominaux et le tiraillement consécutif des nerfs du mésentère, la crise douloureuse est une crise d'hypertension vasculaire; aussi lui a-t-il opposé une thérapeutique conforme à son opinion, une thérapeutique hypotensive qui a été acceptée par beaucoup d'auteurs, par M. Vaquez en particulier.

Raymond injectait à ses malades ayant des crises gastriques de 1 à 4 centigrammes de nitrite de soude par série de dix jours. Cette substance constitue un bon vaso-dilateur à opposer à la vaso-constriction

habituelle. Il obtenait, dit-il généralement une grande sédation des douleurs.

M. Pâl s'est aussi servi du nitrite de soude, mais, d'après lui, on ne peut en faire un usage prolongé, les malades se plaignent de martèlement dans les tempes et refusent bientôt le traitement.

L'hydrate de chloral réussirait mieux pendant la crise douloureuse, à dose convenable il diminue sûrement la pression sanguine, mais à cause de ses autres inconvénients il n'est pas un médicament durable. Les inhalations de nitrite d'amyle sont également susceptibles de provoquer un soulagement parfois transitoire et qui, d'après MM. Heitz et Norero, peut, dans certains cas, être durable et cela même si la tension revient au bout d'un certain temps à son début normal. D'après ces derniers auteurs, le nitrite de soude, à la dose de 4 centigrammes en injections même longtemps prolongées, ne semble avoir le plus souvent aucun effet ni sur la douleur ni sur l'hypertension.

M. A. Schmiergeld a expérimenté l'emploi de la tiodine en injection, et semble avoir eu des résultats à moins longue échéance que le nitrite de soude.

Toute cette médication hypotensive qui a certainement sa valeur ne peut cependant être considérée comme spécifique. Comme le dit M. Lœper, « la lecture des observations de M. Pâl n'est pas absolument démonstrative et si l'on se convainct sans peine de l'action de ces substances sur la tension artérielle, on ne peut affirmer que l'abaissement de cette ten-

sion soit suivie constamment d'une diminution parallèle de l'élément douleur. D'ailleurs alors même qu'un médicament hypotenseur produirait un soulagement rapide, rien ne prouverait qu'il agit simplement en abaissant la pression vasculaire et son efficacité n'est pas un argument suffisant en faveur de l'hypothèse pathogénique de M. Pâl. Aussi ne peut-on considérer la thérapeutique hypotensive comme une thérapeutique spécifique. »

M. Debove a jadis préconisé la ponction lombaire, il a même publié des observations où il aurait eu d'heureux résultats contre les crises gastriques.

M. Faure a démontré qu'il était possible par le massage et la faradisation de redonner de l'atonie aux muscles des viscères abdominaux profondément lésés chez les tabétiques, absolument comme pour les muscles de la vie de relation.

D'après M. Cauvy le traitement thermal, et en particulier les eaux de Lamalou. semblent constituer un agent thérapeutique de premier ordre contre les crises gastriques du tabes.

Tout dernièrement M. Sicard a proposé une nouvelle thérapeutique, dont le principe est de provoquer à l'aide d'une injection arachnoïdienne lombaire une réaction méningée locale, suffisante pour troubler la vascularisation médullo-radiculo-ganglionaire, et libérer au moins en partie les racines et les culs-de-sac leptoméningés des infiltrats embryonnaires qui les entourent. La méthode réservée aux cas avec crises douloureuses viscérales rebelles et

douleurs fulgurantes, consiste dans l'injection arachnoïdienne de cyanure de mercure : il l'a appliquée avec succès chez 14 tabétiques. MM. Mestrezat et F. Sappey obéissant au même principe se sont servis avec succès également d'injections rachidiennes d'électro-mercurol. Ce dernier traitement a été essayé et confirmé par M. Carrieu de Montpellier.

Enfin le 606 pourrait être avantageusement essayé dans certains cas : il n'y a pas eu jusqu'ici, du moins à notre connaissance, d'observation publiée, mais comme nous le disait M. Lœper, en face du résultat désespérant de la plupart des traitements précédents, il serait justifié d'essayer ce nouveau traitement.

Toutefois, M Sicard, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux du mois de mai dernier sur le traitement du tabes et de la syphilis nerveuse par le dioxydiamido-arsénobenzol, recommande de n'avoir recours qu'à l'injection intraveineuse et de n'employer que de petites doses du médicament. Chez l'homme on ne dépassera pas la dose de 0 gr. 30 et chez la femme celle de 0 gr. 20. Ces injections doivent être faites en séries de 5 à 6 environ, espacées d'une dizaine de jours. Ce traitement arsenical serait bien supérieur au traitement mercuriel dans les cas de tabes et de syphilis nerveuse et donnerait surtout de bons résultats chez les malades présentant une lymphocytose rachidienne abondante.

Outre toutes les thérapeutiques précédentes tant symptomatiques que spécifiques, il nous reste les

médicaments classiques employés contre le grand symptôme des crises intestinales, contre la douleur. C'est contre elle qu'en pratique doit se diriger tout l'effort thérapeutique. Nous avons à notre disposition l'opium et son dérivé principal la morphine dont on ne fera qu'un usage modéré, la belladone et l'atropine, dont l'action, dit M. Lœper, sur le plexus d'Auerbach, sur les contractions et les sécrétions de l'intestin est indéniable.

Devant l'insuccès fréquent des divers modes de traitement médicaux, insuccès qui existe surtout quand il s'agit de crises rebelles, il n'y avait qu'une ressource, c'était de faire appel aux moyens chirurgicaux. On n'y a pas manqué.

Nous ferons remarquer tout d'abord que les opérations analogues à celles de la gastro-entérostomie pour les crises gastriques n'ont guère donné de résultat ; « d'ailleurs, dit M. Debove, la gastro-entérostomie ne saurait évidemment faire disparaître une douleur dont la cause est centrale ».

Toutefois il est évident que dans l'iléus paralytique l'entérostomie peut être utile.

Mais les divers chirurgiens, MM. Jaboulay, Patel et Viannay, Vallas et Cotte, Jonnesco et beaucoup d'autres qui se sont occupés de cette question ont essayé de lutter contre les crises tant gastriques qu'intestinales par deux modes de traitement : soit par la résection des racines postérieures de la moelle dorsale ou lombaire, soit par l'élongation du plexus solaire et du plexus hypogastrique.

Les observations publiées envisagent surtout les crises gastriques, mais d'une façon générale le résultat n'a guère été brillant jusqu'ici.

Nous citerons les cas suivants . M. Lambret de Lille chez un malade tabétique avec crises gastriques intolérables, sectionna les VII[e], VIII[e], IX[e] et X[e] racines postérieures de la moelle ; le malade mourut au bout de trois semaines d'infection méningée. MM. Krynski et Nopezynski rapportent l'observation d'un malade opéré par eux; il s'agissait d'un tabétique avec crises gastriques soulagées par aucun traitement ; ils sectionnèrent les VII[e], VIII[e], IX[e] et X[e] racines postérieures des deux côtés après ouverture de quatre vertèbres, le malade survécut quinze jours.

MM. J. Thomas et Nichols dans la relation d'un cas de résection des racines dorsales des nerfs spinaux pour crises tabétiques concluent en disant qu'une telle opération n'est pas difficile, mais elle fait courir de grands risques au malade ; c'est pourquoi on doit la réserver aux cas graves de crises viscérales absolument rebelles à tout traitement.

« J'ai pratiqué six fois l'opération de Fœrster, dit M. Guleke dans une communication au XL[e] Congrès allemand de chirurgie du mois d'avril dernier, chez 5 malades pour crises gastriques tabétiques. Cette opération ne donne pas des résultats bien brillants. »

Tous ces résultats sont évidemment peu encourageants ; c'est ce qui explique la parole de M. Debove à ce sujet : « Il est hors de doute que tout trauma-

tisme aggrave le tabes. En résumé, au point de vue chirurgical, le tabes doit être pour le chirurgien un *noli me tangere.* »

Toutefois le traitement par l'élongation des nerfs semble avoir donné de meilleurs résultats. MM. Vallas et Cotte rapportent les cas d'un malade tabétique avec crises gastriques, opéré par élongation du plexus solaire; le malade s'en trouva bien et n'eut pas d'autres crises. Du reste depuis déjà assez longtemps plusieurs auteurs (Ruggi, Clellian, Jaboulay, etc.) ont proposé de traiter les névralgies viscérales par l'élongation ou la section du sympathique abdominal. Cette opération que l'on n'a faite jusqu'ici que pour les crises gastriques semble légitimée pour les crises entéralgiques. Mais les quelques améliorations que l'on a obtenu ainsi par l'élongation sont encore récentes et les auteurs ont soin de faire remarquer qu'il faut encore attendre pour juger de la valeur de cette intervention.

Nous avons fait plusieurs fois remarquer que la grande caractéristique de la crise intestinale était son apparition sans cause, sans aucun écart de régime. Il semble donc que de ce côté il n'y ait pas grand'chose à faire pour prévenir de nouvelles crises. Toutefois les malades de M. Lœper, comme la plupart des nôtres présentaient avant l'apparition de leurs crises quelques troubles intestinaux; aussi dirons-nous avec M. Lœper : « Si le régime alimentaire n'est certes pas capable d'enrayer la crise ni de la prévenir, ce n'est pas à dire qu'on ne doive sur-

veiller l'intestin du tabétique comme on surveille son estomac. La crise intestinale est comme la réaction brutale et bruyante, comme le cri d'alarme d'un intestin jusque-là torpide et inconsciemment surmené. Le régime et l'hygiène du tube digestif doivent être assez sévères pour bannir toute cause de fatigue et d'excitation. A défaut d'ailleurs de son intestin, l'organisme tout entier du tabétique ne peut qu'en profiter. »

CONCLUSIONS

I. — Parmi les troubles fonctionnels de l'intestin tabétique, la crise entéralgique, jusqu'à l'article de M. Lœper dans *la Semaine médicale*, avait été méconnue par la plupart des auteurs ou du moins n'avait pas encore reçu de description détaillée.

II. — La crise entéralgique se présente sous trois formes principales et nettement distinctes ;

a) La forme *entéralgique simple*, essentiellement caractérisée par une douleur abdominale, et une constipation opiniâtre ; elle peut parfois simuler une occlusion intestinale ;

b) La forme *choléri forme*, caractérisée par une douleur abdominale et une diarrhée incoercible ; elle constitue parfois un véritable tableau de choléra ;

c) La forme *entéritique*, caractérisée par une douleur abdominale et des selles glaireuses, muco-membraneuses, sanguinolentes.

Enfin, on observe parfois deux autres formes de crises intestinales ; ce sont les *crises fulgurantes intestinales*, existant au début du tabes et précédant les grandes crises, et les *crises douloureuses prolongées* ou *obsédantes* qui surviennent très tard, à la fin de l'évolution du tabes.

III. — Outre ces symptômes cardinaux, la crise entéralgique s'accompagne aussi de nombreux symptômes secondaires dont quelques-uns sont très

importants : *troubles circulatoires* (accélération du pouls, hypertension artérielle), *troubles de la sensibilité* (analgésie ou hyperesthésie de la paroi abdominale).

D'après une statistique basée sur 322 cas de tabes, la crise entéralgique existerait seule trois fois, et associée à d'autres crises viscérales six fois, soit une moyenne de 1,6 o/o.

IV. — La crise intestinale est très importante à connaître, car elle peut prêter à des erreurs de diagnostic fâcheuses.

V. — La crise intestinale est le résultat de l'irritation pathologique des fibres nerveuses altérées qui se rendent aux plexus mésentriques supérieur et inférieur, centres d'innervation de l'intestin, ou en émanent.

VI. — Beaucoup de traitements médicaux basés sur des pathogénies diverses ont été essayés sans grand résultat, le traitement chirurgical n'est guère à conseiller ; c'est au traitement palliatif qu'il nous faut encore avoir recours. Le " 606 " pourrait, peut-être, dans certains cas, être avantageusement essayé.

Vu : le Président de thèse,
DÉJERINE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Abadie (de Bordeaux). — Crises douloureuses de faux accouchement chez une tabétique. Note présentée par M. H. Meige à la Société de Neurologie, 1905.

Babinski. — Discussion à la Société de Neurologie de Paris, 1903.

Bauer et Dobrovitch. — Crises gastriques prolongées des tabétiques morphinomanes (Revue de Neurologie, 15 déc. 1904).

Becktereff. — Les Crises obsédantes vésicales et intestinales et de la signification dans ce cas du traitement par la suggestion. (Revue russe de psych., de neurol. et psychol. expérimentale, n° 1, 1907, p. 10).

Blanc. — Contribution à l'étude des troubles vésicaux dans le tabes (Th. de Montpellier, 1907-1908).

Bramwell. — Une analyse de 263 cas de tabes (British medical Journal, 21 mars 1908, p. 669-677).

— Early tabes with gastric, rectal, intestinal crises (Clinic, Stud. Edimbourg, 1906-1907, p. 378-380).

Buch (Max). — Enteralgie und kolik ; das arterio-sklerotische Leibweb (Arch. f. Verdauungskrankheiten, 1904, p. 466).

Cache. — Tabes ; syndrome ; crises gastriques ; étude clinique (Thèse de Paris, 1897).

Cauwy. — Les Eaux de Lamalou dans le traitement des crises gastriques du tabes (Congrès international de Physiothérapie de Rome, 16 oct. 1907).

Charcot et Vulpian. — Sur deux cas de sclérose des cor-

dons postérieurs de la moelle avec atrophie des racines postérieures (Comptes rendus de la Société de Biologie, déc. 1882, p. 155, obs. I).

Colin (G.). — Sur la sensibilité des artères viscérales (Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 1er sept. 1862).

Collins. — The symptomatology of tabes (Med. News, 3 janv. 7 et 14 mars 1903).

Curschmann (H.). — Schmerz und Blutdruck (Munch. med. Wochensch., 15 oct. 1907).

Debove. — Tabes et chirurgie (Presse médicale, 22 juillet 1908).

— Crise gastrique tabétique (Journal des Praticiens, 11 mai 1907).

— Influence des ponctions lombaires sur les crises gastriques (Bull. de la Société méd. des hôpitaux, 25 avril 1901).

Denhaene. — Symptômes analogues à ceux du tabes dorsal occasionnés par un tœnia solium (Arch. méd. belges, juin 1902).

Denslow. — Locomotor ataxia : a new theory and treatment with cases (Med. Rec., 1908, p. 870-875).

Dubar et Leroy. — La Gastro-entérostomie contre les crises gastriques du tabes (Écho méd. du Nord, 1907, p. 73-78).

Duchenne (de Boulogne). — De l'Électrisation localisée et de son application à la pathogénie et à la thérapeutique, 3e édit. note de la p. 636. Paris, 1872.

Dufour et Cottenot. — Crise gastrique tabétique prise pour une obstruction intestinale (Rev. de Neurol., 30 mars 1909).

Dumolard. — Tabes avec crises rectales (Bull. méd. de l'Algérie, 1907).

Dumont. — Lésions cardiovasculaires au cours du tabes et de la paralysie générale. Thèse de Nancy, 1907-1908.

Eckert. — Ueber die intestinalen Erscheinungen der Tabes dorsalis. Thèse de Berlin, 1887.

Egger (Max). — Un Nouveau cas d'ataxie sans troubles sensitifs (Journ. de Neurol. Paris, 1909, p. 204).

Ewald. — Gastric and intestinal crises (Med. Rec., 20 juin 1903).

Faber (K.). — Reflexhyperæsthesien bei Verdauungskrankheiten (Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1899, t. LXV, p. 3-4).

Faure (Maurice). — Éducation motrice des troubles viscéraux des tabétiques. Congrès français de méd. Paris, 14-16 oct. 1907.

Fenoylietto (Ernesto). — Sopra un caso di tabe dorsale (Il Policlinico, 10 oct. 1909).

Fœrster. — Ueber einige seltenere. Formen von Krisen bei der Tabes dorsalis sowie über die tabischen Krisen im Allgemeinem (Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol., avril 1902, p. 259).

Fournier (A.). — La Période préataxique du tabes. Paris, 1885.

Grasset (de Montpellier). — Le Tabes, maladie de la sensibilité profonde (Jour. méd. français, 1908, p. 274-280).

Graupner. — Beitrage zür normalen und pathologischen Anatomie des sympathischen Nervensystems (Beitrage z, pathol. Anat. u, allg. Pathol., 1888, t. XXIV, 2, p. 255).

Head (H.). — On disturbances of sensation with especial reference to the pain of visceral disease Brain, 1893, XVI, p. 1 ; 1894, XVII, p. 339 ; 1896, XIX, p. 153.

Heitz. — Du Siège des anesthésies cutanées dans leurs relations avec les crises gastriques et intestinales. Comptes-rendus de la Soc. de Biol., séance du 4 avril 1903 et Semaine médicale, 1903, p. 113.

Heitz et Lortat-Jacob. — Des Intermittences des anesthésies radiculaires dans leurs relations avec les crises

gastriques du tabes (Rev. de Neurol., 31 déc. 1902, p. 1206).

Heitz et Norero. — De la Pression artérielle chez les tabétiques ; étude des modifications qu'elle subit sous l'influence des crises gastriques et des douleurs fulgurantes (Arch. des maladies du cœur, sept. 1908).

Heym. — Nouveau traitement du tabes basé sur une théorie nouvelle de cette maladie (New-York med. Journal, 30 oct. 1909).

Henle (F. J.). — Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen, t III, p. 583. Brunswick, 1868.

Henrot (A.-H.).— Des Pseudo-Étranglements que l'on peut rapporter à la paralysie de l'intestin. Thèse de Paris, 1865.

Jaboulay.— Le Traitement de quelques perturbations fonctionnelles des viscères abdominaux par l'élongation du plexus solaire, in Chirurgie du grand sympathique et du corps thyroïde, p. 173. Lyon, 1900.

Jonnesco (Th.). — Art. « Tube digestif » in Traité d'anatomie humaine de P. Poirier et A. Charpy, t. IV, p. 297. Paris, 1895.

Kollaritz. — Crises gastriques du tabes, hématémèses (Orvosi hetil Budapesth, 1908, ii 635).

Kopozynski. — Symptomatologie du tabes dorsal à la lumière des statistiques. Analyse de 150 cas (Czasopismolek-Lodz, 1907, ii 347-352).

Krynski et Kopozynski. — Un Cas de tabes opéré. Soc. de Neur. et Psych. de Varsovie, 18 mars 1911).

Laignel-Lalastine. — Recherche sur le plexus solaire. Thèse de Paris, 1903, exper. 14 et 21.

Lambret. — Un Cas de section de rac. postér. de la moelle pour crises gastriques du tabes. XXIIIe Congrès de l'Association française de Chirurgie. Paris, 3-8 oct. 1910.

Langley (J. N.). — On the origin from the spinal cord of the cervical and upper thoracic sympathetic fibres, with some observations on white and grey rami

(Philosophical Transactions of the Royal Society of London, 1892, série B, CLXXXIII, p. 114).

Lennander. — Beobachtungen über die Sensibilität der Bauchhöhle (Mitteil aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir., 1902, X, 1-2)

Lerat (P.-E.). — Contribution à l'étude des hémoptysies et des hémorragies par l'anus liées aux crises thoraciques et rectales de l'ataxie locomotrice progressive. Th. de Paris, 1891.

Léri (A.). Cécité et tabes. Th. de Paris, 1904, p. 177.

Lépine (R.). — Sur une forme particulière de crises gastriques non gastralgiques dans le tabes (Lyon médical, 1882, p. 83).

Lewis (A.) Conner. — Les Anesthésies viscérales du tabes dans leurs rapports avec le diagnostic des états inflammatoires de l'abdomen (The Journal of the American Medical Association, 22 oct. 2910, p. 1417-1430).

Lœper (M.). — Les Crises entéralgiques du Tabes (Semaine médicale du 7 avril 1909).

Mantoux (Ch). — Presse médicale, 28 décembre 1901, p. 349.

Mathieu (A.). — Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin, p. 271. Paris, 1901.

Mestrezat et Sappey (F.). — Traitement de certains symptômes du tabes inférieur par des injections rachidiennes d'électromercurol. Comptes rendus de la Soc. de Biol., 29 juillet 1910.

Moutier (F.) — In Pratique neurologique de P. Marie, p. 997.

Muller (Joh.). — Cité par Päl in Crises vasculaires du tabes.

Ostankoff. — Les Crises tabétiques d'origine morphinique (Revue russe de Psychiâtrie, de Neurol. et de Psychol. expérimentale, n° 1, 1908, p. 29-34).

Pal (J.). — Die Gefässkrisen der Tabiker, observ. I, VI, VIII, X, XII ; in Gefässkrisen. Leipzig, 1905.

— Les Crises vasculaires du Tabes. Traduction de l'allemand par Bablon. Paris, 1908.

Patel et Viannay. — Les Interventions dirigées sur le sympathique pelvien. Indications, manuel opératoire (Gaz. des Hôp., 26 mars 1904).

Putnam (C.). — Recherches sur les troubles fonctionnels des nerfs vaso-moteurs dans l'évolution du tabes sensitif. Thèse de Paris, 1882.

Popelsky. — Physiologie du plexus cæliaque (en russe). (Vratch., 16 et 23 déc. 1900).

Roger (G.-H.). — Contribution à l'étude des troubles intestinaux dans l'ataxie locomotrice progressive (Rev. de Méd., juillet 1884).

Raymond. — Quelques cas de tabes fruste (Journ. de Méd. et de Chir. pratiques, 1907, p. 809-811).

— Formes trophiques du tabes (Rev. gén. de Clin. et de Thérapeut. Paris, 1909, p. 488).

Rieffel. — Cours inédit fait à la Faculté de Médecine de Paris en 1902.

Roux (J.-C.). — Les Lésions du système grand sympathique dans le tabes et leur rapport avec les troubles de la sensibilité viscérale. Thèse de Paris, 1900.

— Crises gastriques aggravées par la morphine. Clin. Paris, 1907, p. 69.

Sainton et Tronc (G.). — Les Crises gastriques des tabétiques (Gaz. des hôp., 15 février 1908).

Sainton et Labbé. — Tabes à type bulbaire inférieur (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 15 mars 1901 et Sem. méd., 1901, p. 94).

Sauveroche. — Crises gastriques prolongées des tabétiques morphinomanes. Thèse de Paris, 1908.

Saint-Genois de Grand Breucq. — Tabes et Chirurgie abdominale. Thèse de Paris, 1909.

Sicard. — Traitement de certains symptômes du tabes inférieur par les injections arachnoïdiennes. Comptes rendus de la Soc. de Biologie, 1er juillet 1910.

Soulié (A.). — Art. « Système nerveux grand sympathique »

in Traité d'Anatomie humaine de P. Poirier et A. Charpy, t. III, p. 1207. Paris, 1899.

Touche. — Les Crises laryngées tabétiques dans leurs rapports avec les autres crises viscérales du tabes (Presse médicale, 30 août 1899).

Thomas et Hall Nichols. — Relation d'un cas de résection des racines dorsales des nerfs spinaux pour crises gastriques tabétiques (The journal of Nervous and mental disease: octobre 1910).

Tria et Landolphi, — Contribution à l'étude de la pathogénie des crises gastriques (Reforma medica, 21 juin 1909, p. 673).

Tronc (C.). — Des Crises gastriques prémonitoires du Tabes Thèse de Paris, 1908.

Vallas et Cotte. — Crises gastriques tabétiques, élongation du plexus solaire (Lyon médical, 1900, ii 777).

Vanderobet. — De l'importance des troubles de la sensibilité dans le diagnostic précoce du tabes (Journ. de Neurol., 1903, p 341).

Vaquez.— L'Hypertension artérielle et ses conséquences au cours de l'intoxication saturnine aiguë de l'éclampsie et de l'urémie (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, séance du 5 février 1904, p. 121 et Sem. méd., 1904, p. 45).

Vivier. — De la Diarrhée tabétique. Thèse de Paris, 1885.

Vulpian. — Leçons sur les maladies du système nerveux ; sur les maladies de la moelle, 1879, p. 324.

— Observ. de tabes avec phénom. épileptiformes pendant la première période de l'affection (Rev. de médecine, 1802, p. 143).

Waincop (Mme). — Crises gastriques du tabes et crises gastriques en dehors du tabes. Thèse de Paris, 1904.